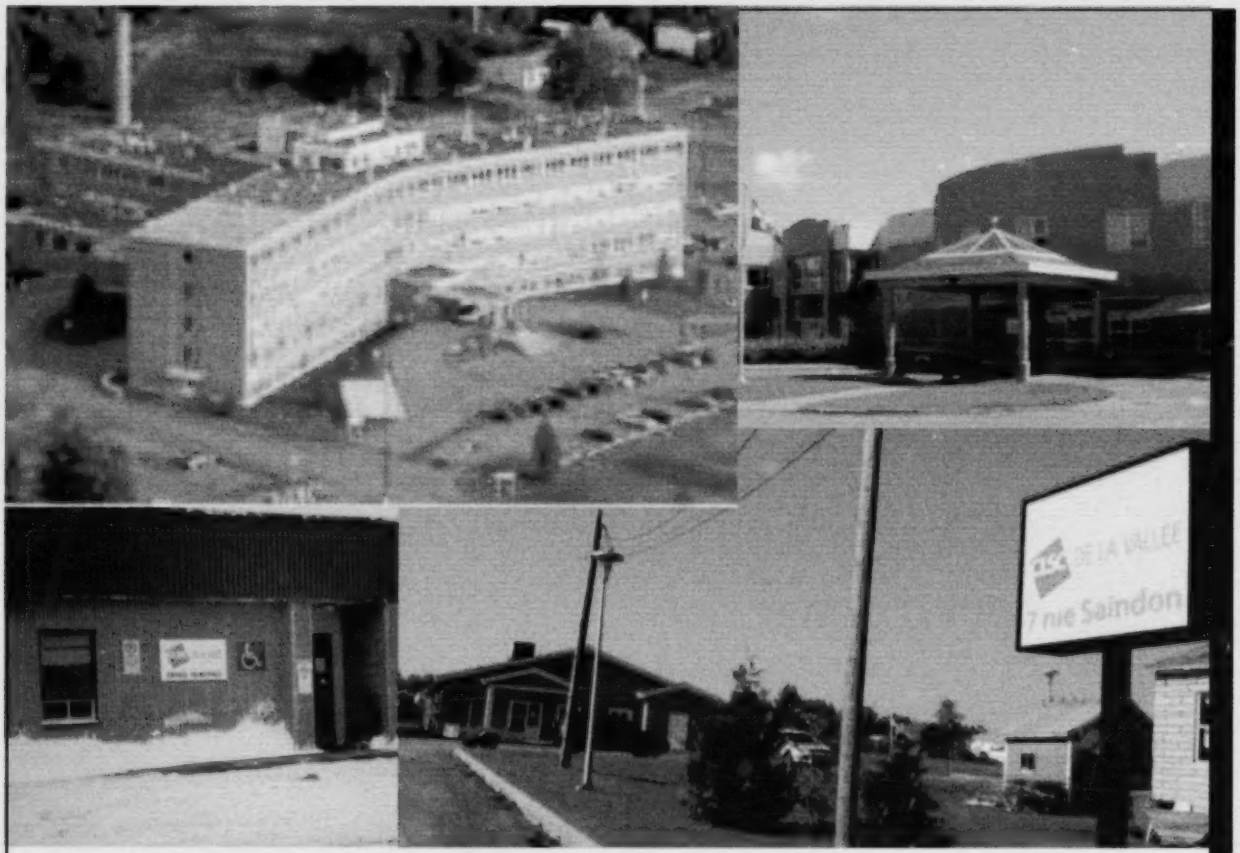


Centre de santé et de services sociaux
de La Matapédia

LA FIN D'UNE ÉPOQUE...LA NAISSANCE DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU BAS-ST-LAURENT

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2014-2015

Pour vous et avec vous

Préparé par

Direction générale et Comité de direction du CSSS de La Matapédia

Mise en page et production

Mélanie Blanchette, adjointe de direction

Document présenté au conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia lors de la séance régulière du 25 mars 2015
Non officiellement adopté
Validations faites par les dirigeants en poste au 31 mars 2015

TABLE DES MATIÈRES

Message du directeur général et de la présidente du conseil d'administration 3

Déclaration de fiabilité et rapport de la direction en regard des états financiers 6

Profil démographique de La Matapédia 7

État global de santé de notre population 8

Le CSSS de La Matapédia...en clin d'œil 10

Installations physiques 11

Valeurs dominantes 12

Principes organisationnelles 12

Ressources humaines 13

Organigramme de l'établissement 14

Positionnement stratégique 2010-2015 15

Bilan de l'entente de gestion 2014-2015 33

Activités marquantes au CSSS de La Matapédia 41
- Accessibilité des services 41
- Continuité des services 41
- Qualité et sécurité des services 42
- Efficience 43
- Recrutement de personnel 44
- Promotion – prévention – protection 45
- Prévention des infections 45
- Autres dossiers d'importance 46
- Résultats agrément 2013-2017 46

Votre CSSS...de plus en plus près de vous 47

Satisfaction de la clientèle 47

Gouvernance au CSSS de La Matapédia 48

Gestion des risques et qualité des services 57

États financiers 65

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 94

2014-2015 : UNE ANNÉE DE TRANSITION IMPOSÉE!

C'EST AVEC PLAISIR QUE NOUS VOUS PRÉSENTONS LE DERNIER RAPPORT ANNUEL DE GESTION DU CSSS DE LA MATAPÉDIA.

L'ADOPTION DU PROJET DE LOI 10

Un évènement historique aura marqué l'exercice financier 2014-2015 soit l'adoption par l'Assemblée nationale du Québec du projet de loi 10, le 7 février dernier, modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Ce grand bouleversement de structures a causé beaucoup d'incertitudes dans notre organisation et a nécessité beaucoup d'énergie afin d'informer, de recadrer et de soutenir cette transformation radicale. Le plus grand défi aura été de maintenir le niveau de mobilisation requis des gestionnaires et des cliniciens afin d'assurer une réponse aux besoins de santé et de services sociaux de notre population.

Dans un tel contexte, il aura été difficile de trouver un sens à ce projet imposé qui amènera une perte de contrôle de la gestion stratégique et de gouvernance locale dans l'exercice de notre responsabilité populationnelle. La réduction de la structure d'encadrement aura des répercussions collatérales dans notre milieu déjà affecté par l'austérité économique sévère. Nous sommes toujours préoccupés par la perte du leadership de proximité qui animait avec brio le réseau local de services de La Matapédia. Toutefois, faisons confiance aux futurs dirigeants qui relèveront le défi.

DÉMARCHE D'OPTIMISATION

L'année 2014-2015 aura été marquée par la poursuite de l'importante démarche d'optimisation organisationnelle visant la recherche et la mise en place de gains de productivité et d'efficience permettant à notre établissement de relever les défis auxquels il est confronté et visant à assurer le maintien d'une prestation de services de grande qualité à notre population.

L'APPROCHE VIEILLIR EN SANTÉ

Nous avons poursuivi au cours de l'exercice 2014-2015, l'actualisation du plan d'action de l'approche Vieillir en santé. Dans le cadre de ces travaux, nous avons mis en place plusieurs actions permettant de soutenir l'adoption de saines habitudes de vie tant chez les jeunes, les adultes que chez les aînés. De plus, nous avons instauré et mis en place sur le territoire de La Matapédia avec l'aide de nos partenaires intersectoriels, le projet Reper-Âge visant entre autre à détecter plus précocement la perte d'autonomie chez les aînés vivant dans la communauté. Cette pratique novatrice a suscité beaucoup d'intérêt de la part des autres établissements de santé de l'ensemble des régions du Québec.

Enfin, dans le but d'assurer une intégration et une concertation des actions prévues et planifiées dans le plan d'action local en santé publique et l'approche Vieillir en santé, nous avons assuré l'harmonisation des plans d'actions.

SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

La programmation et l'organisation de l'offre de service de soutien à l'autonomie des personnes âgées est de plus en plus adaptée aux besoins de cette clientèle et se rapproche des meilleures pratiques existantes dans le domaine. Les efforts se sont poursuivis au cours de l'exercice afin d'intensifier et d'optimiser l'offre de service à domicile permettant le maintien dans leur milieu des personnes en perte d'autonomie qui le désirent. Nous avons également travaillé activement au déploiement du projet SERG connu sous le nom de Service d'Évaluation et de Réadaptation Gériatrique qui vise à soutenir les personnes aînées dans leur milieu et leur offrir les services adaptés à leur condition.

RECRUTEMENT DES MEDECINS ET DU PERSONNEL CLINIQUE

Des efforts importants ont été réalisés afin de recruter les ressources professionnelles requises. Nous avons revu nos stratégies de recrutement. Nos efforts ont permis de recruter deux nouveaux médecins en omnipratique sur une possibilité de quatre et des professionnels en soins infirmiers et en réadaptation.

RESPECT DES CIBLES DE GESTION 2014-2015

Nous avons atteint ou dépassé dans une proportion de 90 % les cibles attendues et négociées découlant de l'entente de gestion convenue avec l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent. Ces excellents résultats confirment notre engagement à répondre aux besoins évolutifs de notre population selon les standards reconnus et les délais prescrits.

PLAN DIRECTEUR CLINIQUE ET IMMOBILIER

Nous avons terminé le processus d'élaboration du plan directeur clinique immobilier. Les scénarios retenus permettront d'assurer l'arrimage entre les besoins exprimés en matière de santé et de services sociaux et les nécessaires adaptations techniques améliorant l'accessibilité, la fonctionnalité et la sécurité de nos bâtiments.

CONTEXTE FINANCIER

L'établissement termine l'exercice 2014-2015 en équilibre budgétaire pour une sixième année consécutive, grâce à l'actualisation d'un imposant plan d'optimisation et d'efficience organisationnelle supporté par un niveau d'engagement hors du commun des professionnels et intervenants du CSSS de La Matapédia.

L'année 2015-2016 s'annonce difficile sur le plan budgétaire et remplie de défis à relever, notamment au niveau de la période de transition reliée à l'arrivée du Centre intégré de santé et de services sociaux, de la perte des points de repère organisationnels, du recrutement du personnel et des professionnels requis, du niveau de mobilisation à maintenir dans un contexte plus que contraignant et la consolidation de la culture de la qualité et de la sécurité des services. Nous demeurons toutefois forts convaincus de la capacité collective à les affronter et en disposer adéquatement afin d'assurer la pérennité de l'offre de service requise à notre population.

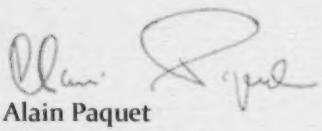
DÉFIS 2015-2016

Dans le contexte de la mise en place du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent, les défis suivants devront être considérés:

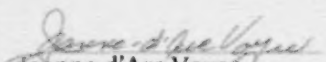
- Assurer la pérennité de l'offre de service requise à notre population;
- Intensifier et renouveler nos stratégies de recrutement en matière de main d'œuvre et d'effectifs médicaux;
- Poursuivre nos efforts d'optimisation et d'efficience organisationnelle;
- Assurer en tout temps une prestation sécuritaire et de qualité de nos services;
- Assurer la présence de gestionnaires stratégiques dans nos installations.

En terminant, nous tenons à souligner les efforts soutenus de la grande famille du CSSS de La Matapédia pour la qualité du travail accompli au fil des ans et pour le niveau de mobilisation indéfectible observé dans tous les secteurs de l'organisation. Il est temps pour nous de passer les pouvoirs à d'autres dirigeants qui, nous l'espérons, poursuivront avec cœur et passion la gestion et la gouverne de notre réseau local axé vers un engagement et un profond désir d'offrir à la population de La Matapédia, des services de santé et de services sociaux accessibles et de grande qualité.

Merci à tous et à toutes et bonne lecture.



Alain Paquet
Directeur général
Au 31 mars 2015



Jeanne d'Arc Voyer
Présidente du conseil d'administration
Au 31 mars 2015

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2014-2015

À titre de directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du CSSS de La Matapédia :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent les données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Alain Paquet
Directeur général au 31 mars 2015
CSSS de La Matapédia

RAPPORT DE LA DIRECTION EN REGARD DES ÉTATS FINANCIERS DE L'ÉTABLISSEMENT POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

Les états financiers du CSSS de La Matapédia ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables. La direction du CSSS de La Matapédia reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il approuve les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Mallette, bureau d'Amqui, dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Mallette peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Isabelle Malo
Présidente-directrice générale
CISSS du Bas-St-Laurent

Caroline Morin
Directrice des ressources financières
CISSS du Bas-St-Laurent

PROFIL DÉMOGRAPHIQUE DE LA MATAPÉDIA

Le CSSS de La Matapédia dessert toutes les clientèles qui requièrent des services de santé ou des services sociaux en provenance des dix-huit (18) municipalités qui forment le territoire de la MRC de La Matapédia. Ce territoire couvre une superficie totale de 5 375,03 km^2 et la densité d'occupation est de 3,4 habitants par kilomètre carré.

Selon les dernières données projetées de l'Institut de la statistique du Québec, la population de La Matapédia compte **18 107 personnes**. Celle-ci se compose de 9 090 hommes (50,2%) et de 9 017 femmes (49,8%). Les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes.

RÉPARTITION DE LA POPULATION DE LA MRC DE LA MATAPÉDIA SELON LE SEXE ET L'ÂGE (2014)

Âge	Femme	Homme	Total
0-14 ans	1250	1260	2510
15-24 ans	943	950	1893
25-34 ans	799	806	1605
35-44 ans	1025	1034	2059
45-54 ans	1468	1479	2947
55-64 ans	1626	1640	3266
65-74 ans	1041	1049	2090
75 ans et +	865	872	1737
Total	**9017**	**9090**	**18107**

POPULATION PLUS VIEILLE DANS LA MATAPÉDIA QU'AU QUÉBEC

L'âge médian augmente de manière significative d'année en année. Selon les données de la projection et en comparant les résultats des autres régions du Québec, le phénomène du vieillissement de la population est bien présent. En effet, dans La Matapédia 21,1 % de la population a plus de 65 ans comparativement à 17,3% au Québec.

Cette situation se reflète bien dans l'offre de service de santé et de services sociaux et demande une adaptation importante de celle-ci pour tenir compte des besoins évolutifs de la clientèle.

UNE ESPÉRANCE DE VIE QUI SE MAINTIENT DANS LA MATAPÉDIA

Les dernières données de Statistiques Canada : Enquête de santé dans les collectivités canadiennes(ESCC) confirme le maintien de l'espérance de vie de la population du territoire.

Celle-ci se situe à 80,3 ans. Cela confirme les efforts mis en œuvre par le CSSS de La Matapédia et les divers partenaires au cours des dernières années en matière de responsabilité populationnelle.

Ces résultats sont toutefois inférieurs à ceux observés au Bas-St-Laurent (81,5) et au Québec (81,6).

ÉTAT GLOBAL DE SANTÉ DE NOTRE POPULATION

L'état de santé de la population de La Matapédia est somme toute comparable avec celui de l'ensemble des québécois.

HABITUDES DE VIE

La population adopte de plus en plus des comportements sains axés vers de bonnes habitudes de vie. Cela contribue grandement à l'amélioration de leur état de santé et de bien-être.

Quoiqu'il en soit, malgré cette nouvelle tendance, nous observons toujours un nombre de personnes ayant une incapacité (13,4%) plus élevé qu'au Québec (12,7%). Il en est de même pour le nombre de personnes souffrant d'obésité (15,6%) vs (14,4%).

De plus, près de la moitié de la population de La Matapédia estime avoir une excellente ou très bonne santé. Ces résultats se comparent avec ceux observés au Bas St-Laurent.

SERVICES PRÉVENTIFS

La situation des jeunes enfants de 5 ans ayant expérimentés la carie dentaire en dentition primaire est plus élevée dans notre MRC que dans le Bas-St-Laurent. En effet, les résultats démontrent un taux de 35, 2 % comparativement à un taux de 23, 9 % pour le Bas-St-Laurent. Des efforts se poursuivent à cet égard afin d'améliorer la situation.

La proportion des enfants qui reçoivent les vaccins (Dcat-HB-VPI-Hib) est conforme aux cibles attendues. Nous observons chez les adultes, une diminution de la couverture vaccinale contre l'influenza. Cette situation est aussi observée dans d'autres régions du Québec. Une stratégie plus agressive et responsable devra être mise en place en 2015-2016. Nous observons une réticence de plus en plus grande de la population à l'égard de la vaccination et de sa pertinence.

UN NOMBRE DE NAISSANCES STABLE DANS LA MATAPÉDIA

Année après année, le nombre de naissances est stable. 14,6 % des mères qui accouchent ont moins de 10 ans de scolarité comparativement à 7,0 % au Québec.

Nous constatons toutefois, moins de naissances prématurées (4,3 %) dans La Matapédia qu'au Québec (7,2 %) et le taux d'allaitement lors du séjour au service de maternité a atteint un plateau pour se situer à 81,5 % lors du séjour de maternité, comparativement à 85,1 % pour le Bas-St-Laurent.

DES JEUNES EN DIFFICULTÉ DANS NOTRE TERRITOIRE

Nous constatons un taux de signalement reçus pour les jeunes de 0 à 17 ans de 8,0 % comparativement à 5,3 % pour le Québec. C'est au niveau du nombre de signalements retenus toutefois que les écarts sont plus significatifs. 47,2 % sont observés dans La Matapédia comparativement à 39,7 % pour le Québec. Cette situation mobilise les divers intervenants afin de mettre en place les mesures structurantes permettant de redresser la situation chez les jeunes et leurs familles.

MALADIES CHRONIQUES ET CANCER

Le taux d'incidence du cancer est supérieur à celui observé au Québec pour les sites tumoraux suivants :

Taux annuel moyen ajusté sur 100 000 habitants	CSSS de La Matapédia	Québec
Cancer du sein (2008-2010)	153,62	129,6
Cancer du poumon (2008-2010)	113,2	89,3
Cancer de la prostate (2008-2010)	119,8	117,6
Cancer colorectal (2008-2010)	80,2	68,8

Ces résultats nous incitent à poursuivre activement le plan d'action de lutte contre le cancer et de renforcer les mesures de dépistage.

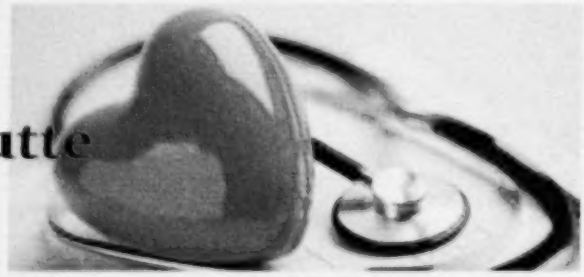
Quant aux maladies chroniques, le taux de prévalence observé dans notre territoire se compare avantageusement aux données comparables pour le Québec. Seules les données relatives aux problèmes reliés à l'emphysème, à l'hypertension, aux bronchites chroniques et aux maladies cardiaques sont légèrement supérieures à celles du Québec.

QUELQUES INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES

La situation socioéconomique de La Matapédia est difficile. Des signes encourageants sont présents depuis quelques temps mais il existe des écarts significatifs.

En voici quelques-uns :

	MRC de La Matapédia	Québec
Taux d'emploi 15 ans et +	47,2 %	59,9 %
Transferts gouvernementaux	27 %	15 %
Revenu disponible (après impôts) 2012	21 723 $	26 347 $
Personnes de 65 ans et + recevant le supplément de revenus garantis	70,2 %	43,7 %
Certificat, diplôme ou grade universitaire	14,0 %	28,5 %



Plan d'action de lutte contre le cancer...

Mesures de dépistage à renforcer

LE CSSS DE LA MATAPÉDIA...EN UN CLIN D'OEIL

Le CSSS de La Matapédia regroupe les missions de première ligne, de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés et de centre d'hébergement et de soins de longue durée.

PREMIÈRE LIGNE

Des services de première ligne sont offerts sur tout le territoire de La Matapédia où se déploient trois points de services de CLSC : Amqui, Causapscal et Sayabec ainsi qu'un point de chute à St-Moïse. En offrant des services de première ligne sur son territoire, le CSSS de La Matapédia assure à la population qu'il dessert des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE

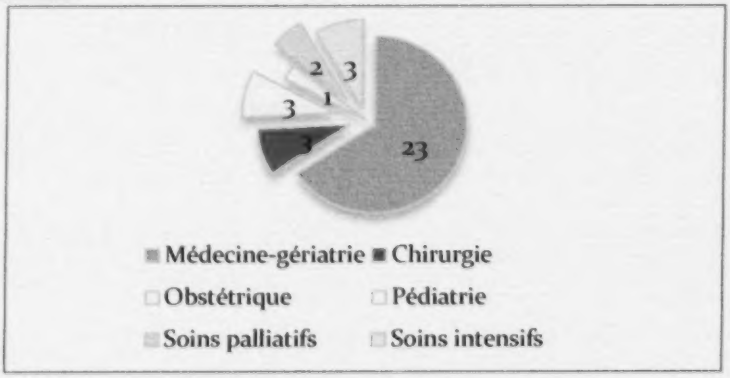
Le CSSS de La Matapédia s'acquitte de cette mission en offrant de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes et personnes âgées fragilisées qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

Le CSSS de La Matapédia remplit cette mission en offrant des services diagnostiques, des soins médicaux généraux et spécialisés et s'assure que les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins soient évaluées et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

SECTEUR HOSPITALIER

Lits d'hospitalisation :
49 lits au permis dont 35 dressés au 31 mars 2015

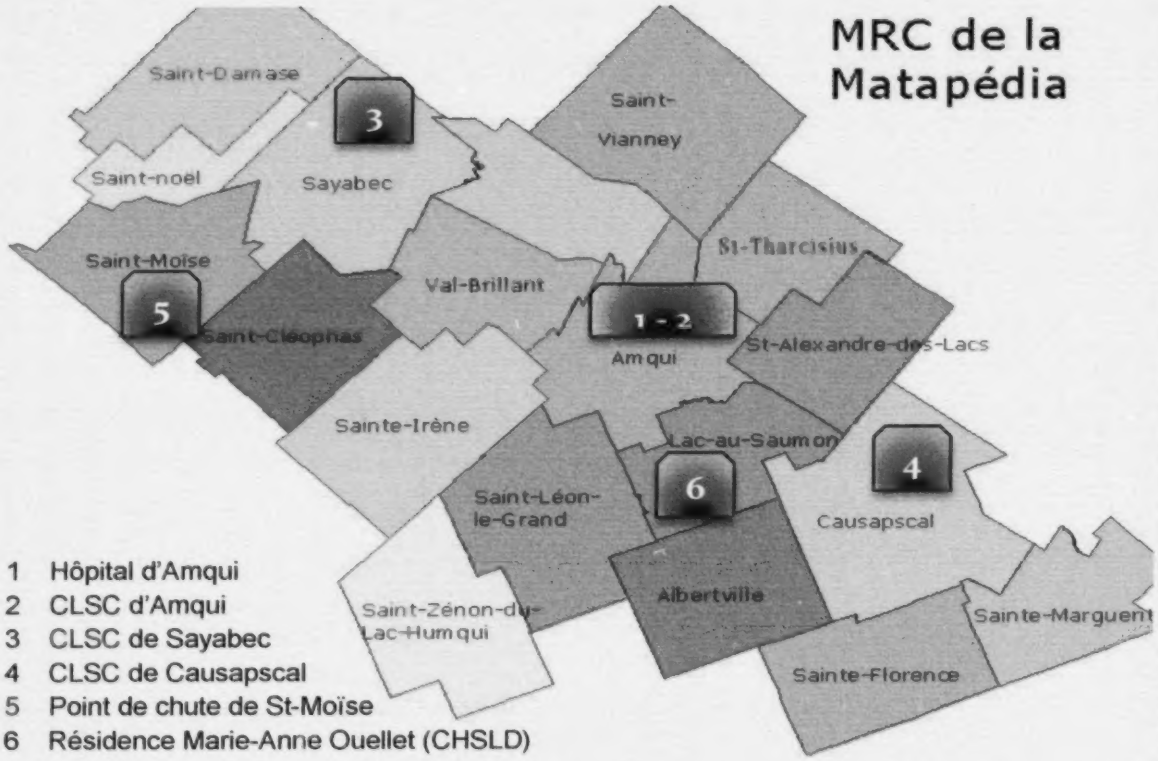


SECTEUR HÉBERGEMENT

96 places en soins de longue durée incluant l'hébergement permanent, transitoire, temporaire et soins de fin de vie. Des places en réadaptation fonctionnelle sont également disponibles.

56 places en ressources intermédiaires réparties dans quatre (4) ressources sur le territoire de La Matapédia.

INSTALLATIONS PHYSIQUES



1 Hôpital d'Amqui
2 CLSC d'Amqui
3 CLSC de Sayabec
4 CLSC de Causapscal
5 Point de chute de St-Moïse
6 Résidence Marie-Anne Ouellet (CHSLD)

LES VALEURS DOMINANTES

RESPECT **QUALITÉ**

COMPÉTENCE **ENTRAIDE**

PHILOSPHIE DE GESTION

La philosophie de gestion du CSSS de La Matapédia est centrée sur l'importance d'offrir un service sécuritaire et de qualité à la clientèle en fonction de ses besoins, des ressources disponibles et des meilleures pratiques cliniques où l'ensemble des intervenants oeuvrent solidairement dans un environnement sain et stimulant. Chacun est entièrement responsable et imputable.

Dans notre organisation, l'innovation et la créativité sont encouragées et se veulent un levier au développement des compétences distinctives organisationnelles.

PRINCIPES ORGANISATIONNELS

APPROCHE GLOBALE PRÉVENTIVE ET COMMUNAUTAIRE

ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET SERVICES DE PROXIMITÉ

ENGAGEMENT À LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE

FLUIDITÉ DANS LES SOINS ET SERVICES OFFERTS

GESTION PARTICIPATIVE, DÉCENTRALISÉE, RESPONSABLE ET IMPUTABLE

APPROCHE PAR PROGRAMME

CORESPONSABILITÉ CLINIQUE ET ADMINISTRATIVE

PRÉOCCUPATION CONSTANTE DE L'IMPORTANCE DU CAPITAL HUMAIN

Le partenariat avec la communauté se situe au cœur de notre pratique. Dans une volonté commune d'échanger des savoirs et des expertises au bénéfice de la population matapédienne, les intervenants des milieux institutionnels et communautaires interagissent pour promouvoir l'implication active de la population, le bénévolat et le soutien aux organismes d'entraide.

RESSOURCES HUMAINES

526
EMPLOYÉS

Personnel temps complet : 223
Personnel non-détenteur de poste : 110
Personnel à temps partiel : 176

Personnel cadre et hors cadre : 17

25
MÉDECINS DANS L'ÉQUIPE MÉDICALE

omnipraticiens : 22
spécialistes : 3

40
BÉNÉVOLES

Répartis dans les secteurs de la longue durée, la pastorale, les soins palliatifs et les autres services de l'établissement

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS AU 31 MARS 2015

	2014-2015	2013-2014
Cadre et hors cadre	17	17
Personnel régulier	223	232
Personnel non-détenteur de poste	110	61
Personnel à temps partiel	176	169

ORGANIGRAMME

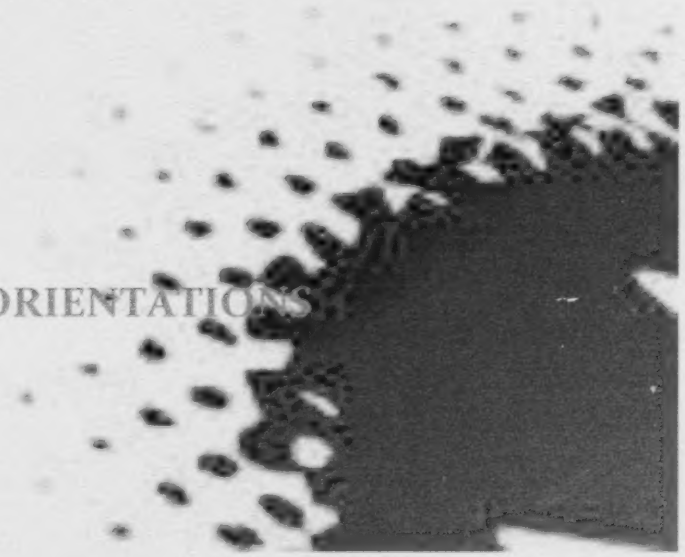
Pour vous et avec vous

POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE 2010-2015

En juin 2010, la direction du CSSS de La Matapédia a amorcé une réflexion visant l'élaboration d'une vision stratégique pour les cinq prochaines années. Voici le bilan après cinq (5) ans d'efforts et de travaux démontrant l'atteinte des objectifs.

8 ENJEUX PRIORITAIRES -

LA PIERRE ANGULAIRE DU POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE!



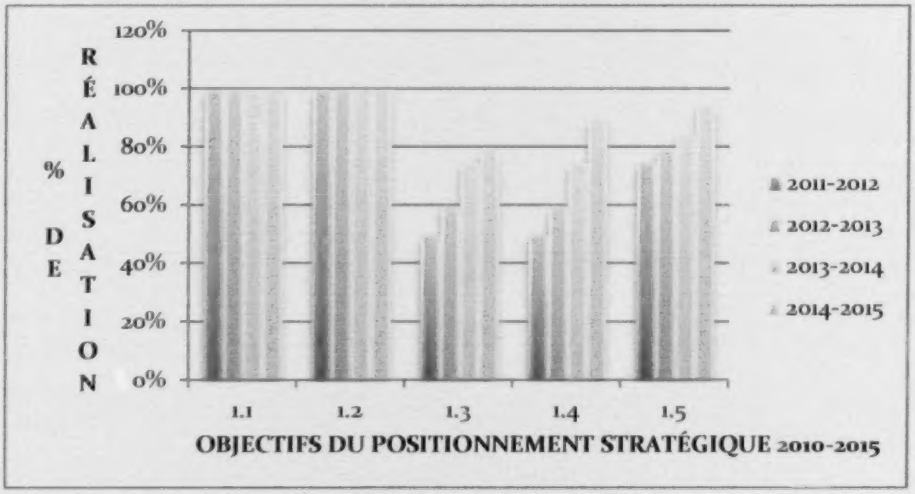
27 ORIENTATIONS

86 OBJECTIFS

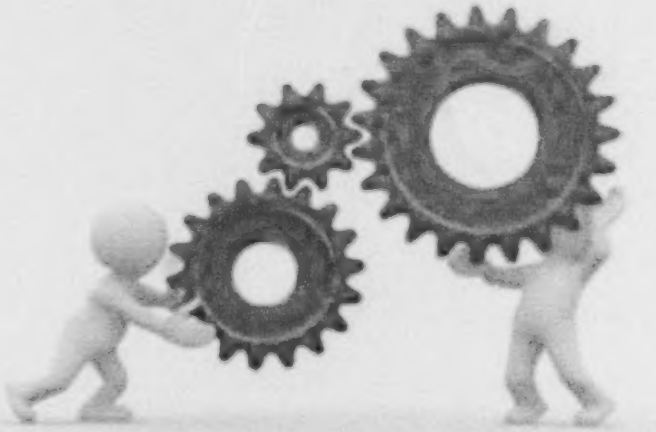
Enjeux #1 – Survie

ORIENTATION 1

Mettre en place une stratégie organisationnelle permettant le maintien d'un panier de services adapté aux besoins évolutifs de notre population



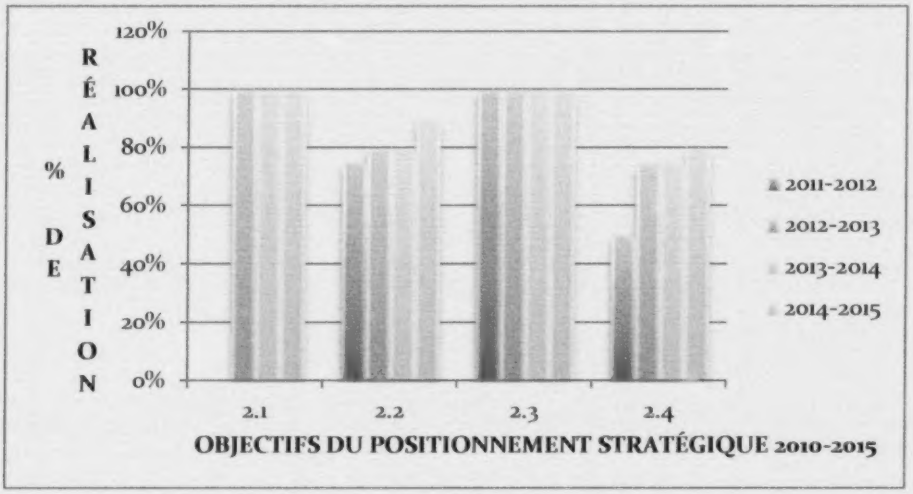
1.1 Effectuer une lecture détaillée des besoins de santé et de services sociaux de notre population
1.2 Rapatrier le maximum de services de santé et de services sociaux à être rendus sur place au CSSS de La Matapédia
1.3 Poursuivre le développement d'une culture de qualité et de sécurité dans la prestation de services
1.4 Assurer un niveau de performance optimale dans la prestation de services
1.5 Élaborer des ententes de services et des protocoles cliniques avec le CSSS Rimouski-Neigette



Enjeux #2 – Capital humain

ORIENTATION 2

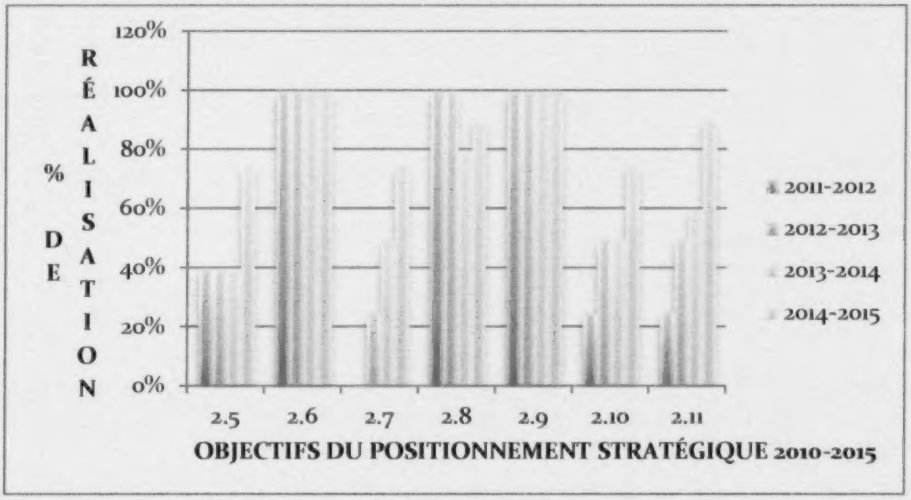
Mettre en place les conditions nécessaires pour assurer une disponibilité d'une main d'œuvre qualité permettant d'assurer la pérennité de nos services



2.1 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main d'œuvre local afin d'obtenir un portrait réaliste de nos besoins
2.2 Revoir nos stratégies de recrutement en impliquant davantage les professionnels dans le processus
2.3 Favoriser l'implication des partenaires intersectoriels locaux dans le processus d'attraction et de rétention du capital humain
2.4 Favoriser le réseautage avec les CSSS de la région en matière de recrutement

ORIENTATION 3

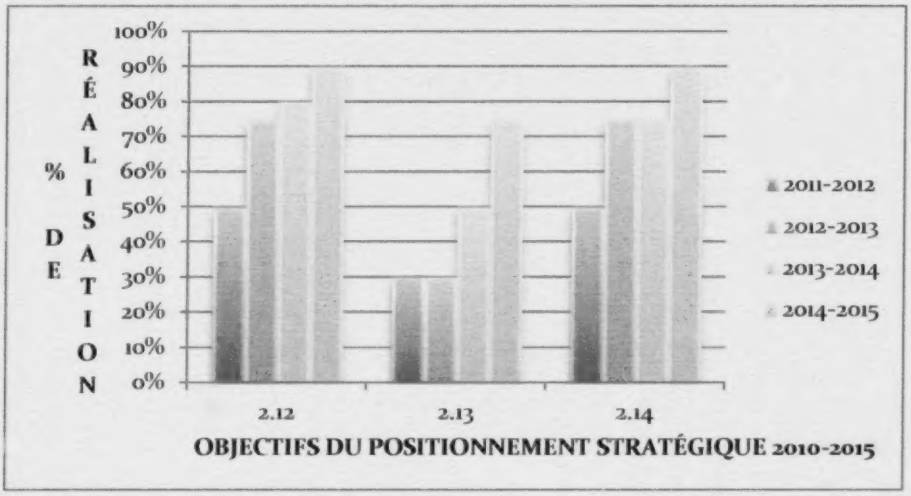
Offrir des conditions de travail et de pratiques attrayantes et valorisantes



2.5 Mettre en place des conditions de travail améliorant la conciliation travail-famille
2.6 Instaurer un programme de mentorat pour le personnel ayant peu d'expérience
2.7 Favoriser la mise en œuvre de mesures améliorant le climat de travail et la qualité de vie au travail en s'appuyant sur des modèles tels «Employeur de choix» ou autres
2.8 Mettre à la disposition du personnel des locaux et des lieux de travail adéquats et ergonomiques
2.9 Mettre en place un programme d'accueil des nouveaux employés
2.10 Mettre en place les mécanismes nécessaires afin de diminuer le temps supplémentaire obligatoire
2.11 Assurer et garantir un plan de développement des compétences adapté aux besoins du professionnel

ORIENTATION 4

Soutenir l'innovation et le développement des compétences

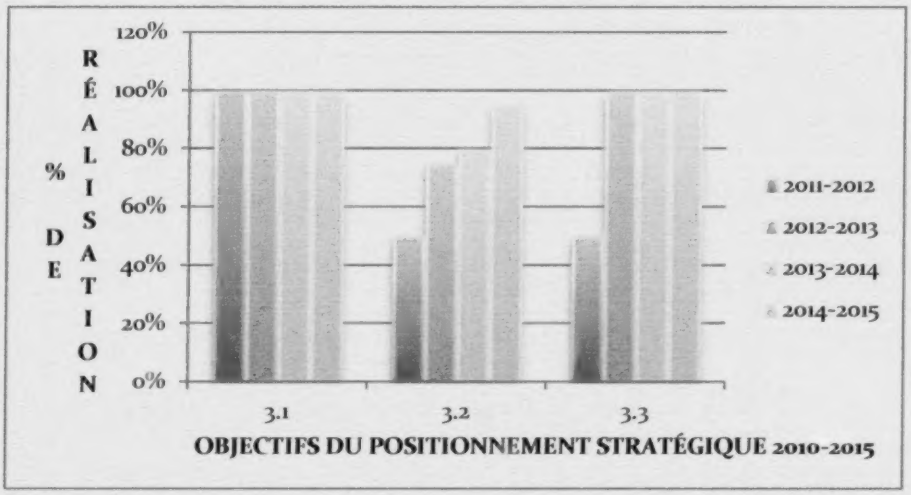


2.12 Poursuivre la révision des processus de travail en s'appuyant sur l'utilisation optimale des compétences du personnel à l'intérieur d'une approche paritaire
2.13 Favoriser l'utilisation des technologies en appui au processus de travail révisé
2.14 Créer des alliances avec les partenaires intersectoriels et sectoriels permettant d'optimiser le développement des compétences

Enjeux #3 – Adaptation des services

ORIENTATION 5

Rendre disponible une offre de service adaptée au besoin d'une population vieillissante et fragilisée



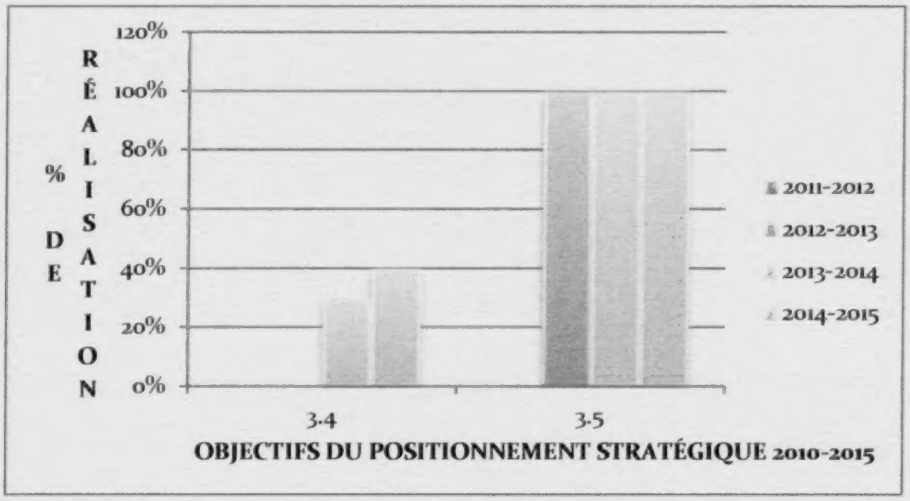
3.1 Procéder à une mise à niveau du projet clinique PPALV

3.2 Effectuer une évaluation des services offerts à domicile et mettre en place les correctifs requis le cas échéant

3.3 Identifier et documenter les besoins actuels et futurs en matière de santé et de services sociaux d'une population vieillissante et fragilisée dans notre territoire

ORIENTATION 6

Assurer l'accessibilité et la qualité des services de base à notre population

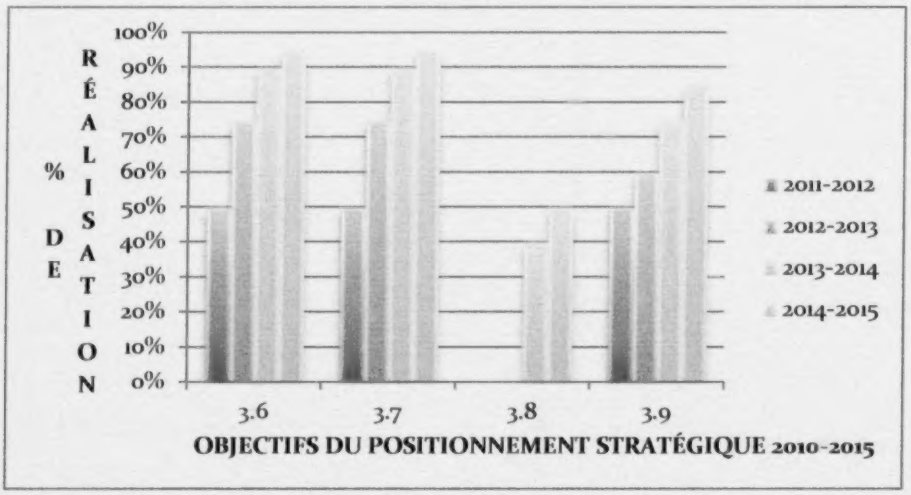


3.4 Mettre en place avec les partenaires intersectoriels un système de transport collectif facilitant l'accès aux services de santé et de services sociaux pour la clientèle vieillissante et ambulatoire selon un horaire flexible

3.5 Poursuivre le développement des services de proximité de base dans les secteurs Ouest et Est du territoire

ORIENTATION 7

Développer une approche gériatrique en milieu hospitalier et en soutien à domicile



3.6 Mettre en place une approche gériatrique en milieu hospitalier à l'intérieur d'une approche clinique interdisciplinaire

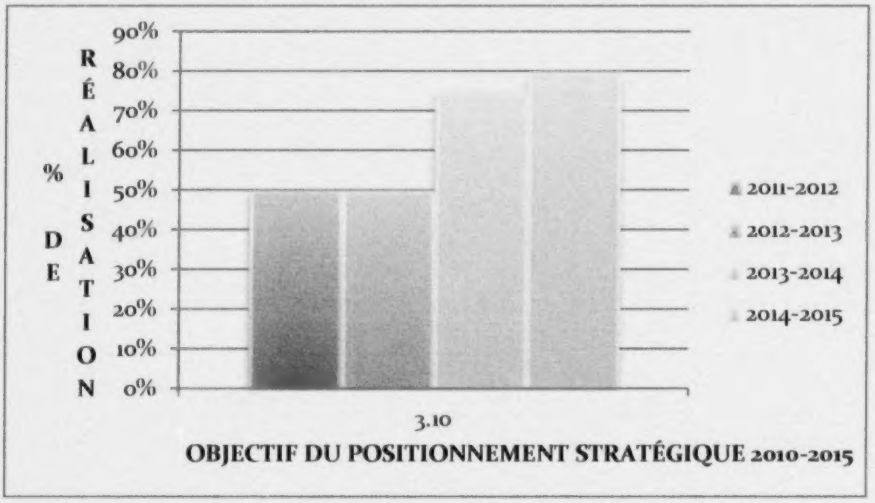
3.7 Assurer le repérage et le suivi de la clientèle en perte d'autonomie à l'intérieur du continuum de services

3.8 Mettre en place une approche gériatrique en soutien à domicile

3.9 Assurer l'acquisition des compétences cliniques requises aux professionnels concernés

ORIENTATION 8

Développer une stratégie de communication adaptée à une population vieillissante et fragilisée

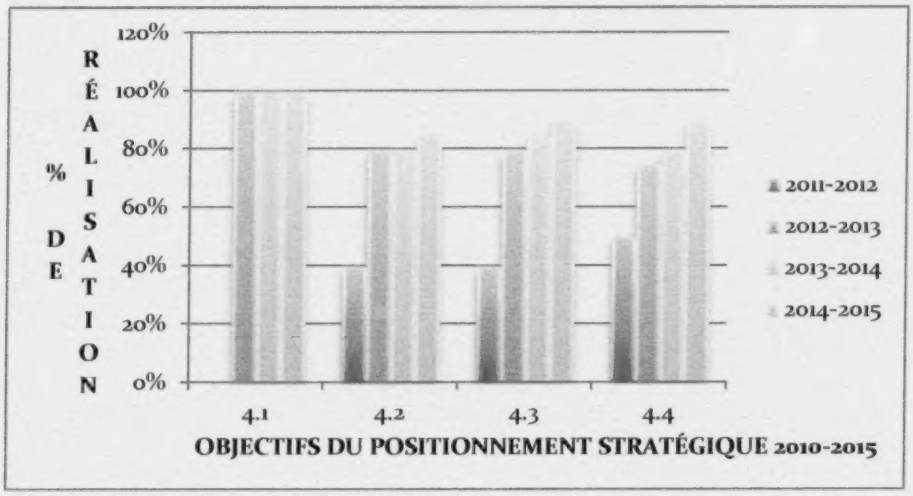


3.10 Adapter le plan de communication et les éléments s'y rapportant en fonction d'une population vieillissante et fragilisée et mettre en place des moyens efficaces de communication

Enjeux #4 – Action préventive

ORIENTATION 9

Consolider et soutenir l'action préventive sur les déterminants locaux de la santé et du bien-être



4.1 Mettre à jour le plan d'action local (PAL) de la santé publique en conformité avec le plan d'action régional (PAR)

4.2 En partenariat avec les partenaires intersectoriels, développer et mettre en place des actions de continuité des services visant à lutter contre la pauvreté, le décrochage scolaire et l'exclusion sociale des jeunes

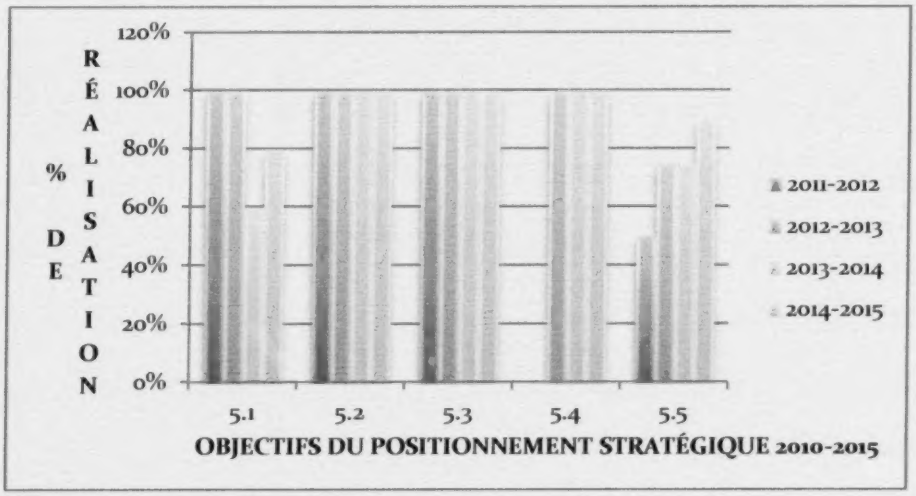
4.3 Avec le milieu scolaire et municipal, mettre en place les mesures nécessaires visant à acquérir de saines habitudes de vie et un engagement à la saine alimentation chez la population jeune et adulte

4.4 Améliorer l'intégration des pratiques cliniques préventives concernant les ITSS

Enjeux #5 – Services de première ligne

ORIENTATION 10

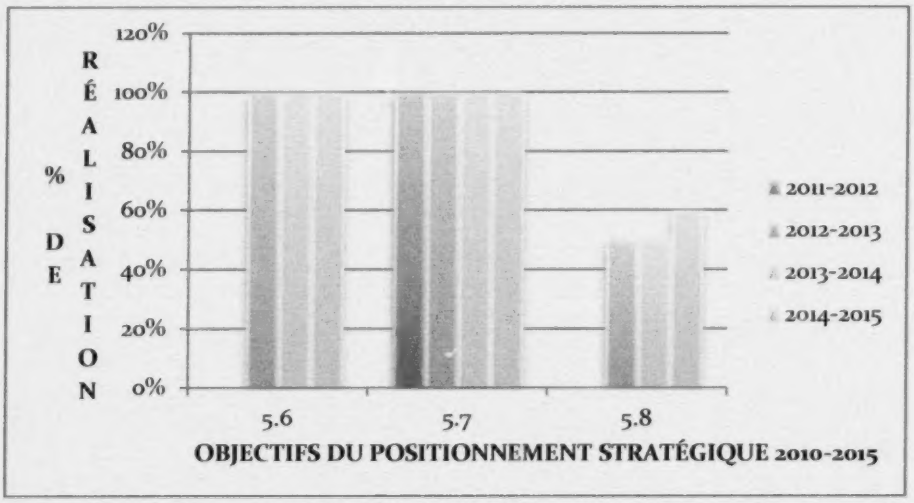
Améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne



5.1 Assurer la prise en charge des clientèles orphelines aux médecins de famille en priorisant la clientèle vulnérable
5.2 Favoriser l'intégration des professionnels autre que les médecins et les infirmières dans les GMF
5.3 Maintenir les efforts de recrutement et de rétention des omnipraticiens
5.4 Poursuivre les efforts de recrutement de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de 1ere ligne
5.5 Évaluer la possibilité d'augmenter les cliniques sans rendez-vous au GMF en heures défavorables

ORIENTATION 11

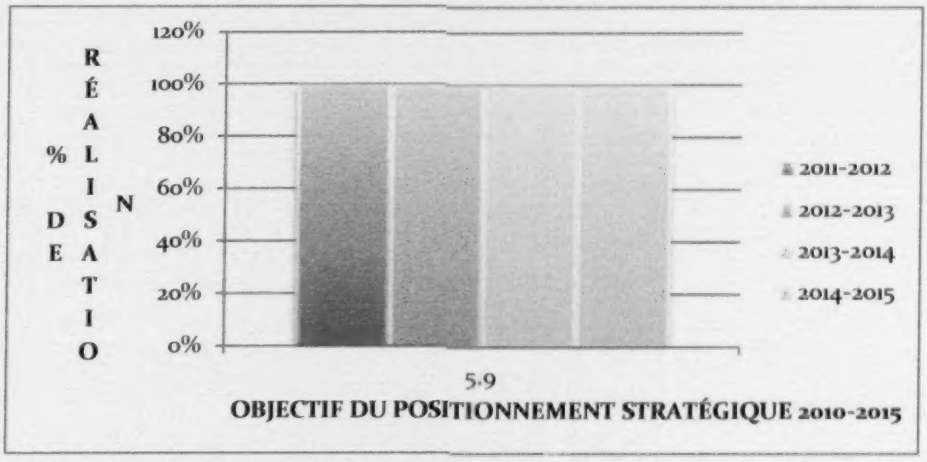
Améliorer les liens de communication intra RLS – CSSS - GMF



5.6 Mettre en place un intranet facilitant l'accès à l'information de gestion et clinique entre les intervenants
5.7 Intégrer les postes d'infirmière pivot en maladies chroniques en GMF (diabète et MPOC)
5.8 Mettre en place les cheminements cliniques de la clientèle selon des modèles (chronic care model)

ORIENTATION 12

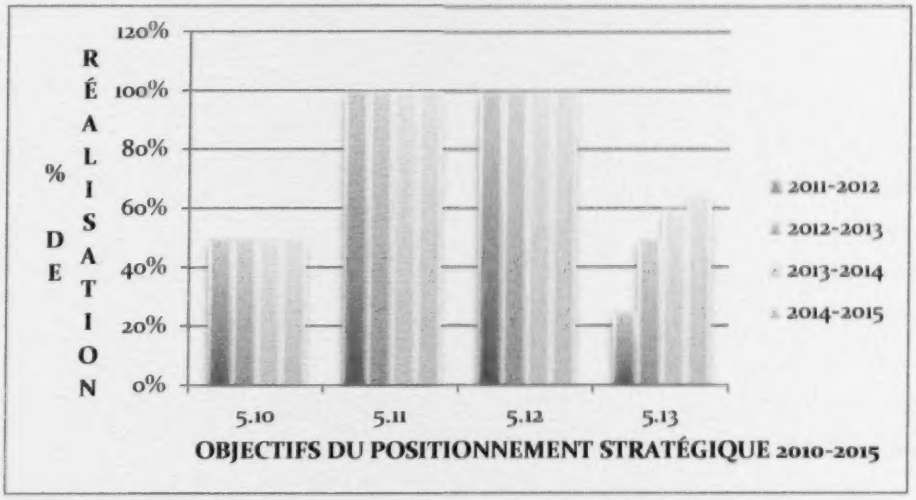
Consolider l'accès à un service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychologiques



5.9 Évaluer la pertinence de mettre en place un service téléphonique 24 heures / 7 jours semaine, principalement pour ce type de clientèle

ORIENTATION 13

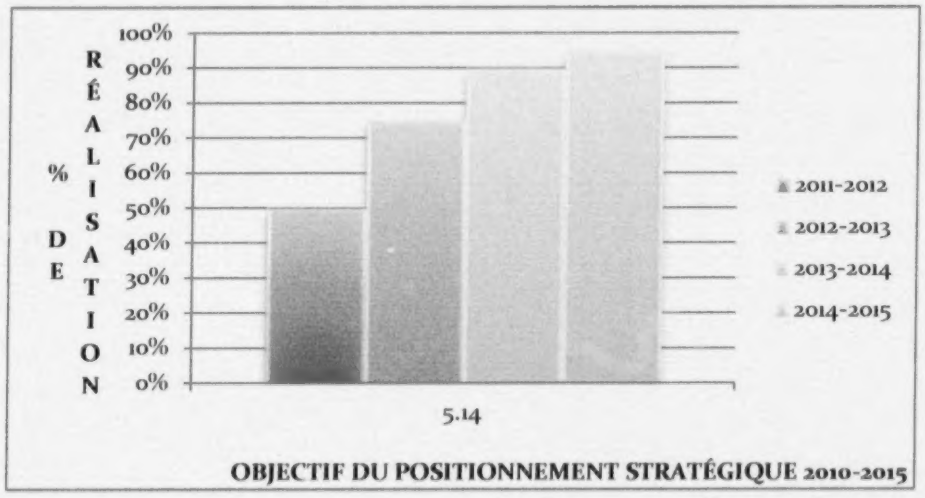
Assurer la continuité des services dispensés à la clientèle atteinte de maladies chroniques ou de cancer



5.10 Mettre en place un suivi systématique des clientèles atteintes de maladies chroniques
5.11 Consolider et soutenir l'équipe locale interdisciplinaire en oncologie
5.12 Formaliser et structurer la mise en place des normes de fonctionnement en regard de la clientèle de maladies chroniques et l'intégration des infirmières cliniciennes au GMF
5.13 Intégrer des pratiques cliniques préventives au continuum de soins et services

ORIENTATION 14

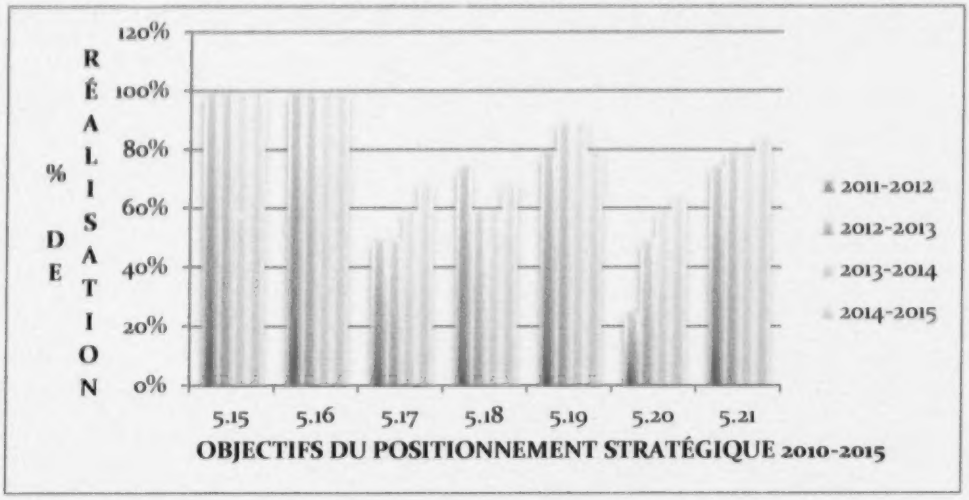
Assurer la continuité des services aux jeunes en difficulté



5.14 Poursuivre l'actualisation du programme Entrain visant à contrer la négligence chez les jeunes

ORIENTATION 15

Assurer la continuité des services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance

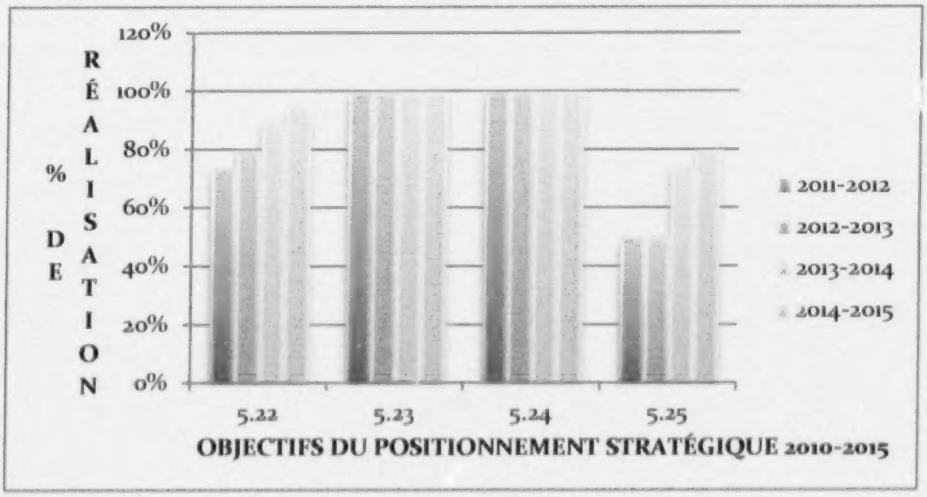


5.15 Mettre à niveau le projet clinique santé mentale
5.16 Mettre en place une équipe interdisciplinaire concertée offrant des services de santé mentale de 1ere ligne
5.17 Assurer la diffusion de l'offre de service auprès de la clientèle
5.18 Déterminer les mécanismes et la trajectoire des services requis pour assurer une offre de service continue en matière de santé mentale – 1ere et 2e ligne
5.19 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves
5.20 Intégrer des pratiques cliniques préventives au continuum de soins et de services

5.21 Poursuivre la mise en place du réseau de services intégrés pour la clientèle jeune et adulte présentant des problèmes de santé mentale

ORIENTATION 16

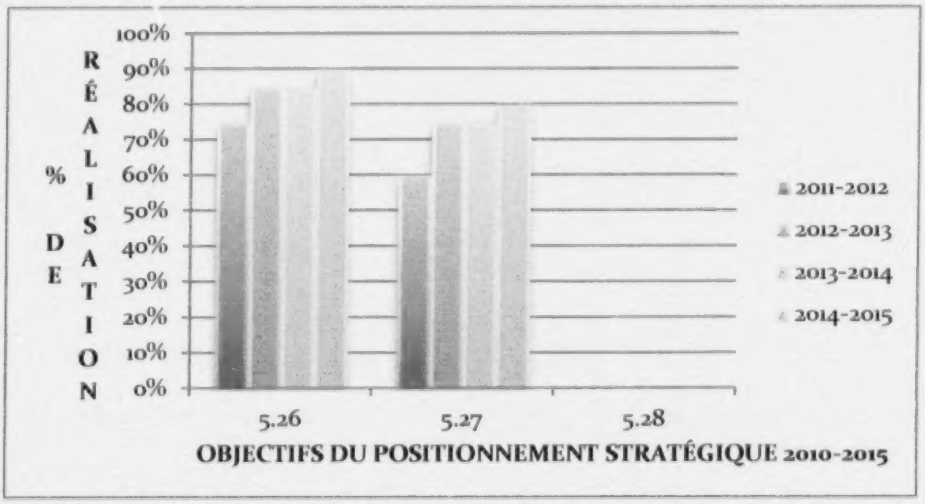
Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement



5.22 Poursuivre la mise en place du réseau de services pour la clientèle PPALV dans notre territoire
5.23 Assurer la pérennité de l'offre de service
5.24 Supporter le développement de milieux de vie communautaires adaptés à la clientèle ayant des besoins spécifiques
5.25 Collaborer et soutenir la mise en place de mesures intersectorielles supportant les proches aidants

ORIENTATION 17

Consolider et développer l'organisation des services spécialisés de base en milieu hospitalier

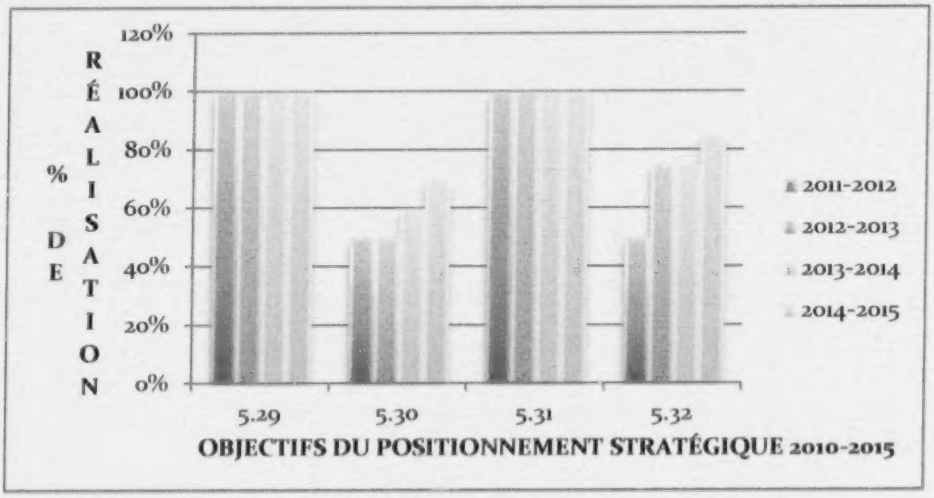


5.26 Revoir l'offre de service en obstétrique
5.27 Revoir l'offre de service en chirurgie

5.28 Déposer notre candidature dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal

ORIENTATION 18

Consolider l'organisation des services en soins palliatifs de fin de vie



5.29 Poursuivre l'actualisation du programme de lutte contre le cancer en fonction des orientations ministérielles

5.30 Former une équipe interdisciplinaire offrant des services de soins palliatifs de fin de vie à domicile, au CH et en CHSLD

5.31 Aménager l'environnement physique des lits dédiés aux soins palliatifs de fin de vie dans notre établissement

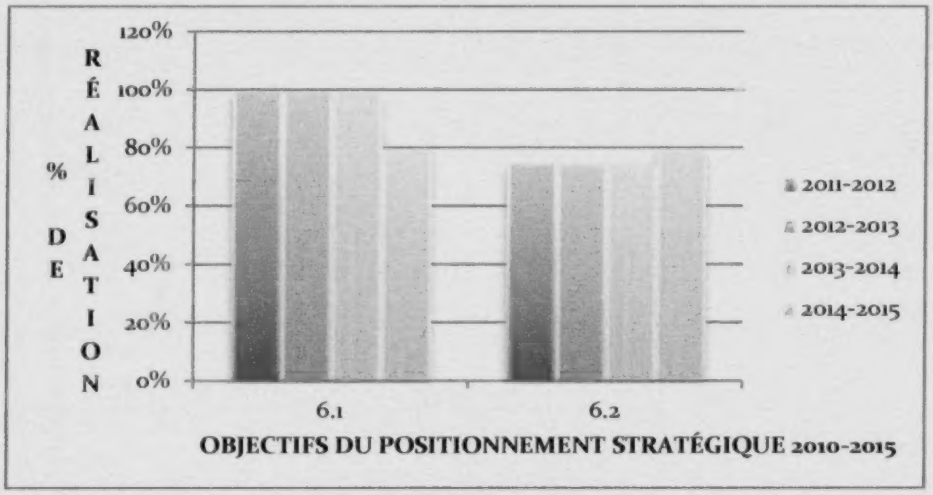
5.32 Offrir de la formation aux intervenants en fonction des besoins exprimés

Actualisation du programme de lutte contre le cancer en fonction des orientations ministérielles – objectif atteint à 100%

Enjeux #6 – Accès à des services intégrés

ORIENTATION 19

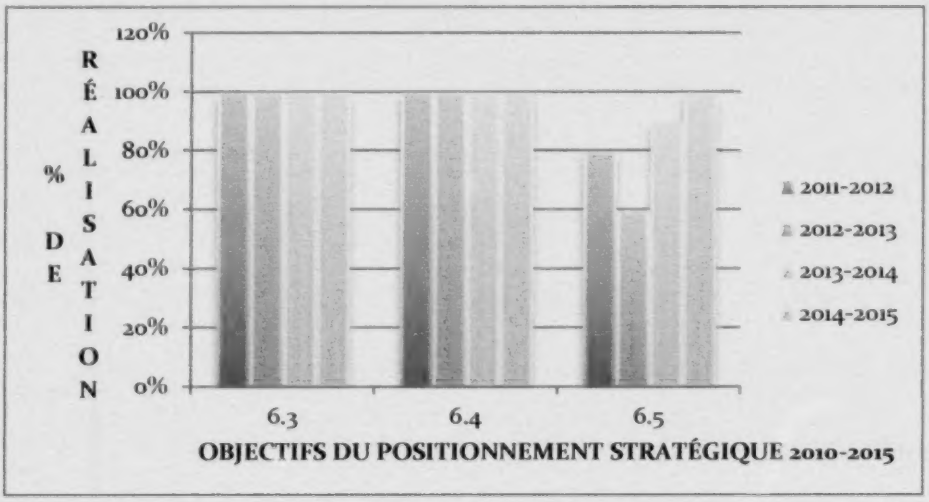
Assurer l'atteinte de notre plan d'effectifs



6.1 Poursuivre les efforts de recrutement en omnipratique pour atteindre le plan d'effectifs médicaux
6.2 Poursuivre les efforts de recrutement en spécialités de base pour atteindre notre plan autorisé

ORIENTATION 20

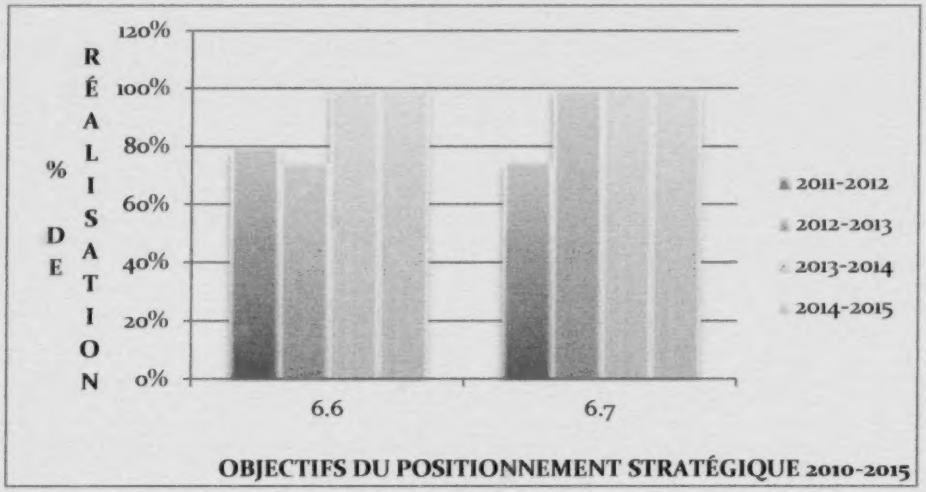
Assurer l'accès aux services thérapeutiques et diagnostiques



6.3 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services requis à l'intérieur d'un délai de 28 jours tant au niveau local que régional
6.4 Diminuer le temps d'attente de la clientèle à l'urgence et maintenir notre performance en regard des patients sur civière
6.5 Poursuivre la gestion des mécanismes d'accès selon les standards reconnu

ORIENTATION 21

Assurer l'accès aux services de base et aux services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience

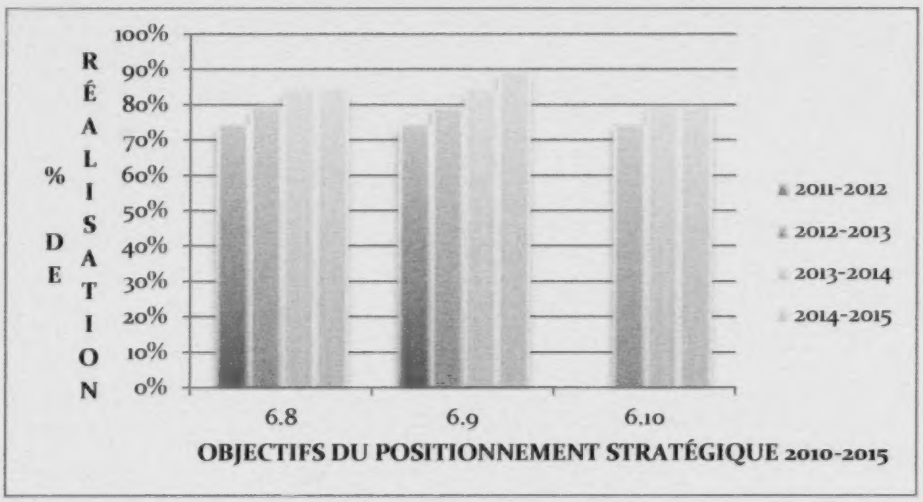


6.6 Assurer l'accès aux services selon les standards cliniques reconnus incluant ceux des plans d'accès en déficience

6.7 Départager les zones de responsabilité avec les CR en regard des services de 1ere et de 2e ligne

ORIENTATION 22

Assurer l'accès aux services médicaux spécialisés à notre population



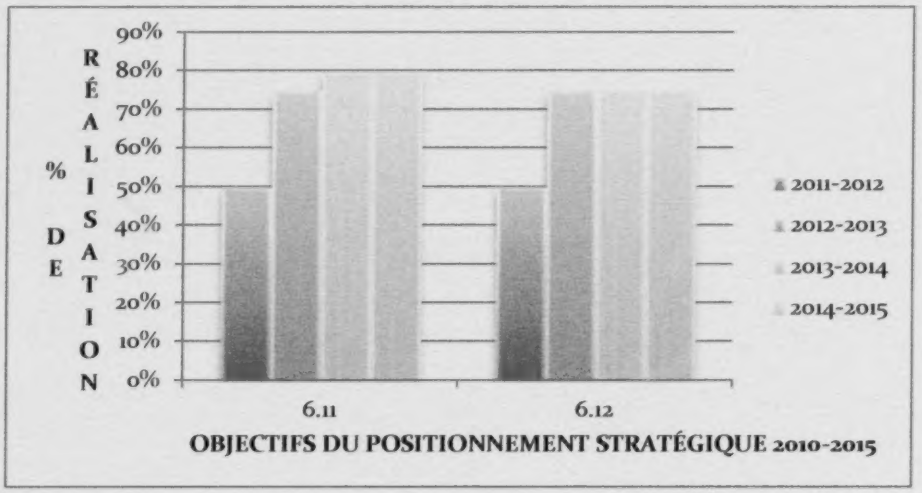
6.8 Préciser les corridors de services requis avec les CSSS de 2e et 3e ligne

6.9 Convenir des ententes requises avec les établissements concernés

6.10 Rendre disponible sous forme informatique les renseignements cliniques pertinents requis pour la dispensation des soins et services en provenance du CSSS-RN

ORIENTATION 23

Assurer l'accès aux services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale



6.11 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services spécialisés de 2e et de 3e ligne à l'intérieur de 60 jours

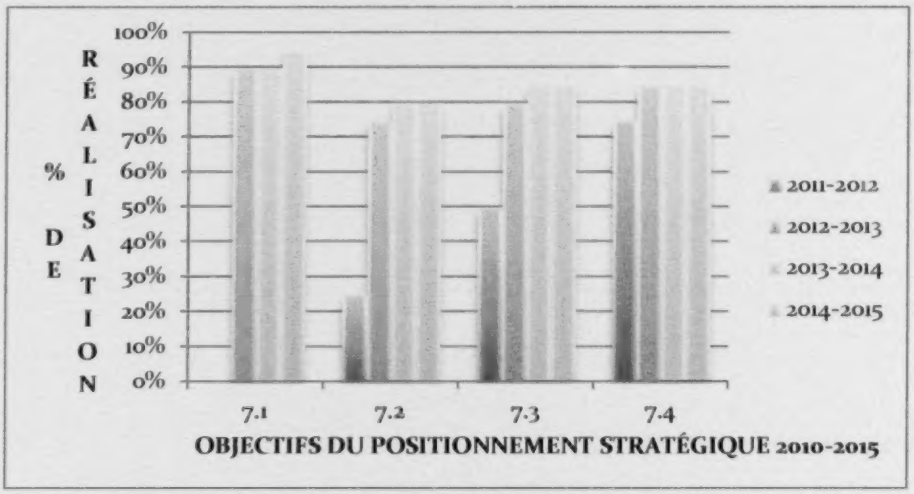
6.12 Convenir avec le CSSS Rimouski-Neigette d'un protocole clinique permettant d'assumer les services spécialisés requis à cette clientèle et d'identifier un psychiatre répondant pour soutenir nos intervenants cliniques

Accès aux services spécialisés... objectif atteint à 80% pour la clientèle ayant des problèmes de santé mentale

Enjeux #7 – Qualité, sécurité et efficience

ORIENTATION 24

Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services



7.1 Maintenir en deçà des résultats établis les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale

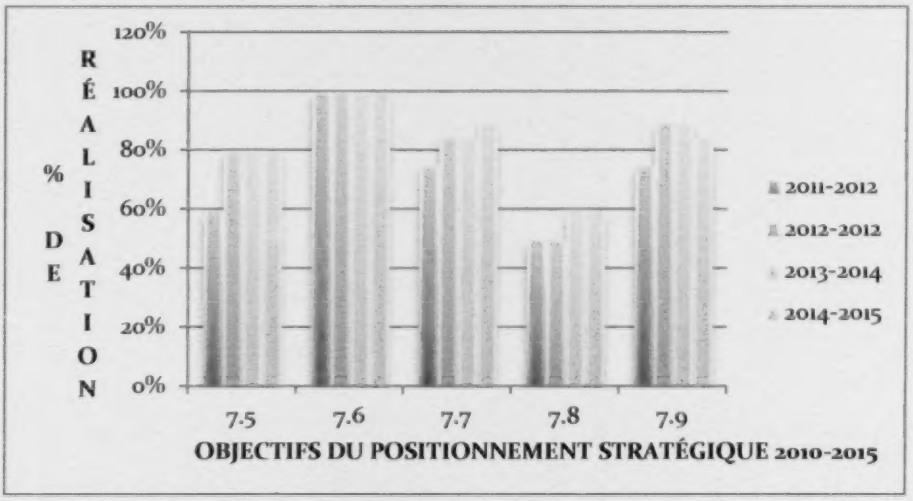
7.2 Définir les indicateurs de mesure de la qualité dans notre établissement

7.3 Renforcer notre gouvernance clinique et mettre en place les mécanismes de support requis à la prestation des services de qualité

7.4 Définir le cadre de référence de la qualité au CSSS de La Matapédia

ORIENTATION 25

Soutenir l'implantation des standards cliniques, le transfert de connaissance et l'innovation



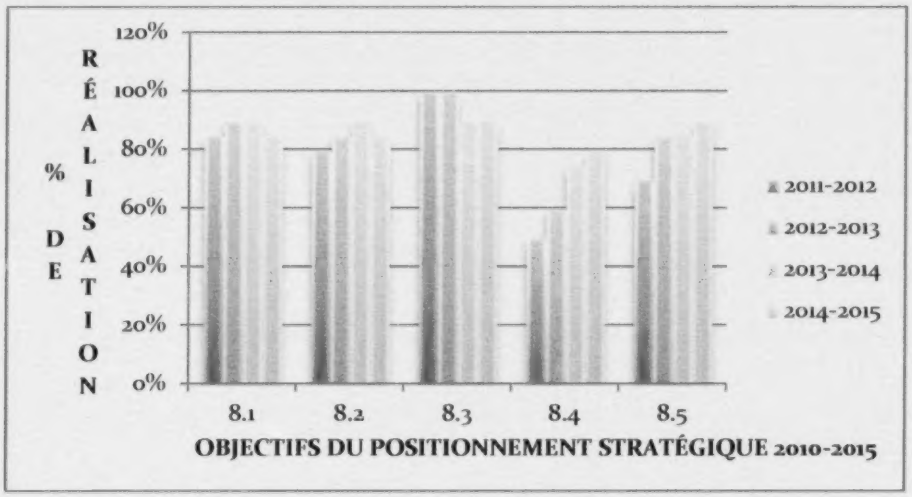
7.5 Mettre en place les meilleures pratiques cliniques et administratives basées sur des informations probantes dans l'ensemble de nos programmes et services

7.6 Inscrire un gestionnaire au programme de formation FORCES
7.7 Obtenir la reconnaissance d'un créneau d'excellence en hébergement institutionnel pour le CSSS de La Matapédia
7.8 Promouvoir et encourager l'innovation auprès des intervenants oeuvrant au CSSS de La Matapédia
7.9 Identifier un ou des projets novateurs d'acquisition d'équipements médicaux spécialisés afin de mieux répondre aux besoins de la population et d'offrir localement un nouveau service sur place

Enjeux #8 – Gouvernance clinico-administrative

ORIENTATION 26

Assurer une prise de décision clinique le plus près possible de l'action

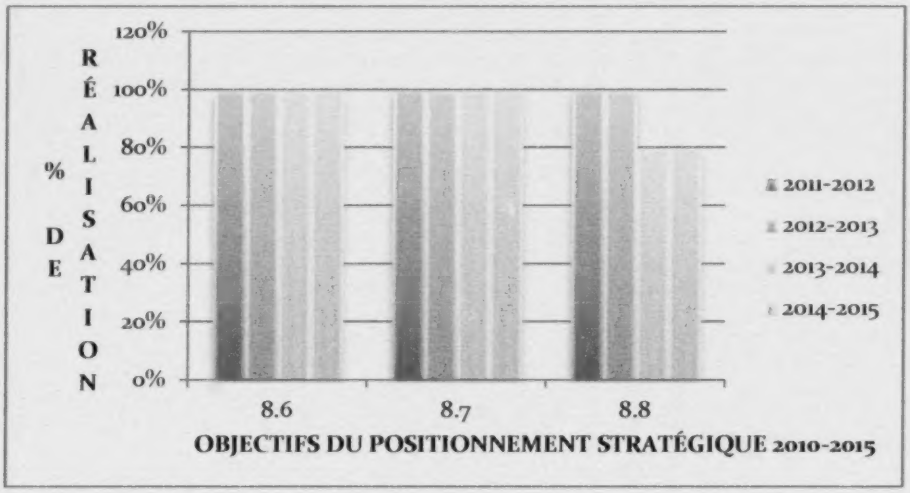


8.1 Instaurer les mécanismes de gestion clinico-administratifs nécessaires permettant un partage des pouvoirs entre les intervenants cliniques et les gestionnaires
8.2 Revoir les processus décisionnels et les adapter à ce nouveau concept
8.3 Mettre à jour les mécanismes d'information internes et externes permettant une bonne compréhension des enjeux et des orientations
8.4 Mettre en place les processus d'évaluation requis afin d'effectuer une rétroaction auprès des intervenants concernés
8.5 Impliquer les partenaires syndicaux dans la gestion des changements

31 objectifs sont atteints à 100%

ORIENTATION 27

Maintenir la plus grande cohérence possible dans l'exercice des pouvoirs dévolus au conseil d'administration



8.6 Mettre en place un guide de formation à l'intention des administrateurs
8.7 Faire part aux instances concernées des incohérences observées en matière de gouvernance
8.8 Assurer une meilleure participation possible de la population aux activités du conseil d'administration

Amélioration de la gouvernance clinico-administrative...

objectifs atteints à plus de 80%

BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION 2014-2015

Le bilan de l'entente de gestion entre l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent et le CSSS de La Matapédia est relativement positif au terme de l'année 2014-2015, étant donné que la grande majorité des cibles ont été atteintes, dépassées ou en bonne voie de l'être. Voici quelques faits saillants.

Santé publique

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

1.1 Santé publique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.12.B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	13	0,18	0,50	36,0	ND	NA
1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	13	0,45	1,00	44,8	ND	NA
1.01.12.B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	13	0,22	0,50	44,0	ND	NA
1.01.12.B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	13	0,24	0,25	96,7	ND	NA
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	13	100,0	0,0	0,0	Aug	NA
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS - mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	13	89,5	90,0	99,4	75,0	119,2
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	13	75,0	90,0	83,3	75,0	100,0
1.01.22-EG2 Nombre d'activités de counseling post-test ITSS avec intervention préventive	13	0	ND	NA		
1.01.23-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS auprès des clientèles vulnérables	13	14	ND	NA		

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2015/05/29.

Santé publique - prévention et contrôle des infections nosocomiales

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

1.1 Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.11A-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETG) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	13	100,00	ND	NA		
1.01.11B-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	13	100,00	ND	NA		
1.01.17-EG2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1.01.18-EG2 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2015/05/29.

Services généraux - activités cliniques et d'aide

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	244	253	96,4	ND	NA
1.02.03-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	4,87	4,62	105,3	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Version de GESTRED: 2015/05/29.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	13	34788	28683	121,2	ND	NA
1.03.06-PS Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	13	86,90	82,00	104,7	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Version de GESTRED: 2015/05/29.

Déficience physique

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.45.04.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.45.04.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.45.04.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	100,0	75,0	133,3	75,0	133,3
1.45.45.00-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	100,0	ND	NA		
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA
1.45.45.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Version de GESTRED: 2015/05/29.

Déficience intellectuelle et TED

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

1.5 Déficience intellectuelle et TED

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (9)	% Cible 2015 (10)
1.45.05.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.45.05.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.45.05.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	100,0	75,0	133,3	75,0	133,3

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2015/05/29.

Dépendances

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

1.7 Dépendances

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	13	35	49	71,4	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2015/05/29.

Santé mentale

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

1.8 Santé mentale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	9	23	39,1	14	64,2
1.08.06-PS Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	0	ND	NA		
1.08.07-EQ1 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13	5,66	12,00	152,8	12,00	152,8
1.08.08-EQ1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	13	0,00	0,00	100,0	0,00	100,0
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	13	430	373	115,2	334	128,7
1.08.10-EQ1 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 90 jours	13	0	ND	NA		0,0

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2015/05/29.

Santé physique – Séjour à l'urgence

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée)	13	4,89	11,00	157,3	11,00	157,3
1.09.02-EG1 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	5,96	11,00	146,8	11,00	146,8
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	13	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
1.09.04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	13	0,21	0,00	0,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2015/05/29.

Santé physique – soins palliatifs – radio-oncologie

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

1.9 Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.06-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile	13	70	81	86,4	81	86,4
1.09.06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13	15,07	16,20	92,9	ND	NA
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	13	100,0	100,0	100,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2015/05/29.

Santé physique – chirurgie - nombre

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Nombre

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	13	3	0	0,0	ND	NA
1.09.32.01-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	13	0	ND	NA		
1.09.32.02-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	13	0	ND	NA		
1.09.32.03-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	13	0	ND	NA		
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	13	3	0	0,0	ND	NA
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.06-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	13	0	ND	NA		

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2015/05/29.

Santé physique – chirurgie – durée de l'attente

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (9)	% Cible 2015 (10)
1.09.20.00-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour l'ensemble des chirurgies	13	92,5	90,0	102,7	ND	NA
1.09.20.01-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	13	0,0	ND	NA		
1.09.20.02-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	13	0,0	ND	NA		
1.09.20.03-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	13	0,0	ND	NA		
1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	13	93,1	90,0	103,4	ND	NA
1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	13	90,4	90,0	100,4	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2015/05/29.

Santé physique – ressources

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

1.9 Santé physique - Ressources

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (9)	% Cible 2015 (10)
3.07-PS Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	13	2	2	100,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2015/05/29.

Aucune demande de chirurgie en attente depuis plus d'un an

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPÉDIA(1104-4021)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Éng. 2014-2015 (3)	% Éng. (9)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.34.01-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		
1.09.34.02-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	13	33,3	ND	NA		
1.09.34.03-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	100,0	ND	NA		
1.09.34.04-EG2 Proportion des demandes de services en attentede moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		
1.09.34.05-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	23,5	ND	NA		
1.09.34.06-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	33,3	ND	NA		
1.09.34.07-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	13	89,4	ND	NA		
1.09.34.08-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA		
1.09.34.09-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.01-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.02-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.03-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.04-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.05-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.06-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.07-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.08-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.09-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	100,0	ND	NA		
1.09.36.01-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.02-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.03-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.04-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.05-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.06-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,00	ND	NA		

1.09.36.07-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,00	ND	NA	
1.09.36.08-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,00	ND	NA	
1.09.36.09-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	100,00	ND	NA	
1.09.37.01-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,00	ND	NA	
1.09.37.02-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	100,00	ND	NA	
1.09.37.03-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	100,00	ND	NA	
1.09.37.04-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,00	ND	NA	
1.09.37.05-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	100,00	ND	NA	
1.09.37.06-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,00	ND	NA	
1.09.37.07-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,00	ND	NA	
1.09.37.08-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,00	ND	NA	
1.09.37.09-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	100,00	ND	NA	

☒Atteinte de l'engagement inférieur à 90% ☐Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%
Version de GESTREO: 2015/05/29.

Hygiène et salubrité

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

2.2 Hygiène et salubrité

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	13	100	100	100,0	ND	NA

☒Atteinte de l'engagement inférieur à 50% ☐Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%
Version de GESTREO: 2015/05/29.

Élimination des zones grise en hygiène et salubrité

Réalisé à 100%

Ressources humaines

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

3.1 Ressources humaines

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	13	5,50	5,30	96,1	ND	NA
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	13	6,78	5,06	74.6	ND	NA
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	13	3,33	2,34	67,4	ND	NA
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	13	1,23	0,07	6,0	ND	NA
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.04-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les inhalothérapeutes	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2015/05/29

Urgences (désencombrement)

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE LA MATAPEDIA(1104-4021)

4.0 Urgences(Désencombrement)

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/ orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%

Version de GESTRED: 2015/05/29

% des heures supplémentaires travaillées par les infirmières

5,06 sur une cible à atteindre de 6,78

ACTIVITÉS MARQUANTES AU CSSS DE LA MATAPÉDIA

Au cours de la dernière année, plusieurs activités ont marqué l'exercice financier 2014-2015 du CSSS de La Matapédia. L'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité ainsi que l'efficience de nos services ont été au cœur de nos préoccupations quotidiennes.

ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

L'accessibilité aux services de santé et des services sociaux demeure un enjeu d'actualité.
Le CSSS de La Matapédia concentre beaucoup d'énergie afin d'assurer à la population du territoire un accès rapide à des services adaptés à leurs besoins tant au niveau local que régional.

La dernière année a été marquée par les actions suivantes :

- 17 723 visites à l'urgence
- Durée moyenne de séjour de 3,88 heures à l'urgence (cible MSSS < 11)
- Respect des cibles du MSSS en chirurgie
- Entente pour le maintien des services au point de chute de St-Moïse entre le CSSS et les municipalités avoisinantes
- Développement d'une clinique de sclérothérapie
- Projet étudiant en orthophonie été 2014 permettant de réduire la liste d'attente
- Ajout de groupes ciblant de nouveaux thèmes en maladies chroniques
- Révision des critères d'admissibilité en santé mentale personnes âgées
- Révision des critères services sociaux généraux et santé mentale
- Nouveau service d'interniste à la clinique externe
- Démarche pour le développement d'une clinique externe en orthopédie
- Déploiement du projet de téléthrombolyse
- Déploiement des services d'adaptation / réadaptation gériatrique (SERG)
- Réalisation de travaux immobiliers améliorant l'accès à nos installations
- Atteinte des cibles du plan d'accès en déficience
- Recours à de la main d'œuvre indépendante en physiothérapie et en ergothérapie
- Promotion du service de maladies chroniques auprès des pharmacies communautaires

CONTINUITÉ DES SERVICES

L'exercice de la responsabilité populationnelle demande un engagement sectoriel et intersectoriel formalisé, permettant d'assurer un continuum de services répondant aux besoins requis de la clientèle.

Les éléments suivants ont marqué la dernière année :

- Actualisation de l'année 2 du plan d'action aîné en collaboration avec les différents partenaires
- Assurer la coordination de la démarche d'élaboration du Plan directeur clinique immobilier (PDCI)
- Élaboration d'une entente de collaboration avec Rayon de partage en santé mentale
- Élaboration d'une entente pour le dépistage précoce des enfants 0-5 ans avec la Maison des familles
- Collaboration et participation de l'infirmière pivot en oncologie à l'épisode de soins de la clientèle hospitalisée

- Transfert en totalité de la clientèle du centre de jour spécialisé vers le communautaire
- Exercice sur le cheminement des clientèles
- Début des consultations de l'agent spirituel en oncologie

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SERVICES

Des services sécuritaires et de grande qualité continuent d'être offerts sur place dans notre établissement. Le développement d'une véritable culture de soins et services sécuritaires et de grande qualité est au cœur des préoccupations quotidiennes.

- Taux d'allaitement exclusif à 73,04%
- Démarche en cours vers l'accréditation Amis des bébés
- Maintien des activités de formation continue au service d'obstétrique
- Acquisition d'un échographe portable à l'urgence
- Maintien des objectifs du plan de conformité des normes de la visite de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec
- Actualisation du plan de travail visant l'amélioration du climat de travail à la RMAO
- Achat de détecteurs de mobilité laser pour la clientèle avec déficits cognitifs
- Mise sur pied d'un comité milieu de vie à la RMAO et actualisation de l'approche milieu de vie à la RMAO
- Révision des politiques et procédures de la banque d'équipements
- Exercice important de mise à jour des outils d'évaluation multi clientèles au soutien à domicile
- Exercice important de production des PSIAS dans la solution RSIPA
- Adoption d'une politique portant sur la lutte contre la maltraitance faite aux aînés
- Participation au projet de recherche décisions partagées et sur la maltraitance
- Formalisation et consolidation des rencontres clinico-administratives en réadaptation
- Acquisition de matériel en ergothérapie pédiatrique grâce à Opération enfant soleil et le Grand Mc Don
- Révision de l'offre de service en soins palliatifs à domicile
- Mise en place de différents comités d'analyse sur :
    - Campagne sur la confidentialité
    - Les erreurs de médication
    - Les erreurs de contention
- Analyse d'évènements sentinelles :
    - chutes avec conséquence grave
- Poursuite des travaux reliés à la sécurité des actifs informationnels
- Mise en place d'un système d'entretien préventif des équipements médicaux spécialisés
- Réalisation des travaux préparatoires requis permettant la mise à niveau future du système téléphonique de l'Hôpital d'Amqui
- Programme de rehaussement des compétences infirmières auprès de la personne aînée pour les secteurs priorisés soit en CHSLD et aux SAD
- Notions de responsabilisation et du leadership infirmier dans la prise en charge de la clientèle
- Création d'un comité de coordination des ordonnances collectives :
    - Tenue de 7 réunions depuis sa création en septembre 2014
    - 63 ordonnances collectives sont maintenant disponibles
    - 9 nouvelles ordonnances collectives ont été élaborées
    - 25 ordonnances collectives ont été révisées

- 2 ordonnances collectives ont été retirées

- Mise en place de comités de travail pour revoir l'organisation du travail à la Résidence Marie-Anne Ouellet
- Plan d'action élaboré afin d'améliorer la sécurité du positionnement et des contentions à la RMAO
- Révision de la structure de poste à l'unité regroupée visant la qualité/sécurité des services du secteur obstétrique
- Révision de l'organisation du travail en réadaptation pédiatrique
- Évaluation du programme Entrain en cours
- Collaboration plus étroite entre le SI et le SIV
- Orientation des nouvelles infirmières du secteur obstétrique dans un hôpital à haut volume d'accouchements
- Mise en place de porte-folio de compétences pour le personnel du service d'obstétrique et services sociaux personnes âgées
- Mise en place d'une offre de service sécuritaire afin de répondre à un patient atteint du virus Ébola et simulation de cas
- Visite ministérielle en longue durée
- Poursuite des actions visant l'implantation de l'approche adaptée aux personnes âgées en milieu hospitalier
- Formation du comité spécialisé sur l'intervention sécuritaire face à la clientèle agressive
- Réalisation d'une simulation code rouge et vert à l'installation de l'Hôpital d'Amqui
- Mise en place de nouvelles civières d'évacuation à l'installation de l'hôpital et de la RMAO
- Mise à jour des plans de mesures d'urgence pour l'ensemble des installations du CSSS
- Dépôt des preuves supplémentaires pour répondre aux normes d'Agrément Canada
- Mise à jour du plan d'action du comité paritaire de santé et sécurité au travail

EFFICIENCE

Au cours de la dernière année, l'établissement a travaillé sur différents projets d'optimisation sous la gouverne de la direction générale et de la direction de la qualité, de la gestion des risques et de l'optimisation, assurant ainsi la mise en place des meilleures pratiques cliniques et administratives basées sur des informations probantes dans l'ensemble de ces programmes et services et le dégagement de marges de manœuvre financières.

Les actions suivantes ont permis l'optimisation de différents secteurs :

- Réorganisation du travail et optimisation des services de santé courants
- Optimisation du secteur de l'urgence selon une approche LEAN
- Optimisation du secteur Jeunes en difficultés
- Optimisation des services généraux et santé mentale
- Poursuite de l'optimisation des services de soutien à domicile
- Optimisation du fonctionnement de la banque d'équipements
- Plan d'action afin de redistribuer des actes non professionnels qui relevaient auparavant des infirmières cliniciennes en périnatalité
- Réorganisation du travail des infirmières en périnatalité
- Élaboration d'un cadre de référence en supervision clinique pour le volet psychosocial
- Poursuite de l'optimisation du travail des secrétaires à l'accueil des points de service du CLSC de Causapscal et de Sayabec

- Mise en place d'un projet LEAN sur la distribution des médicaments à la RMAO
- Mise en place du projet d'organisation du travail en pharmacie
- Mise en place d'un projet d'organisation du travail des préposés aux bénéficiaires de la Résidence Marie-Anne Ouellet
- Contribution à l'atteinte de l'équilibre budgétaire et réalisation de projets d'optimisation
- Élaboration des plans triennaux de maintien d'actifs
- Diminution progressive de la liste d'attente en physiothérapie externe
- Réduction du taux d'absentéisme
- Implantation de SI-PMI en vaccination
- Révision du fonctionnement du comité d'organisation de services personnes âgées
- Actualisation d'un plan d'action visant l'efficience du fonctionnement en chirurgie
- Arrêt d'impression des notes I-CLSC
- Adoption d'un cadre d'intervention clinique dans les secteurs psychosociaux
- Analyse du service de la réadaptation à la RMAO
- Analyse du fonctionnement de la clinique de vaccination voyageur
- Modification des horaires de travail des préposés aux bénéficiaires de la Résidence Marie-Anne Ouellet
- Consolidation des postes infirmières auxiliaires à la Résidence Marie-Anne Ouellet
- Révision du processus d'accueil
- Révision des processus et de la tâche à la centrale de rendez-vous afin d'améliorer la qualité du service rendu à la clientèle
- Optimiser les gestions des listes d'attente et améliorer les conditions de travail
- Effectuer des travaux de réaménagement de la zone archives du CLSC de Causapscal

RECRUTEMENT DE PERSONNEL

Les stratégies de recrutement ont été intensifiées au cours de la dernière année afin de résoudre nos problèmes de main d'œuvre principalement en soins infirmiers et en personnel de soutien.

Différentes actions ont été posées :

- Rencontres avec des étudiants du secondaire, du collégial et des universités
- Participation au congrès de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
- Élaboration d'ententes pour le recrutement d'une infirmière praticienne spécialisée
- Élaboration d'ententes avec le MSSS permettant l'embauche en 2016 d'un ergothérapeute
- Mise en place d'un comité stratégique ressources humaines avec la participation de gestionnaires et d'employés
- Mise en place d'un comité de recrutement pour diversifier et intensifier les stratégies pour le recrutement

PROMOTION – PRÉVENTION - PROTECTION

Adopté en 2012, le Plan d'action local en santé publique définit les activités de santé publique que le CSSS de La Matapédia s'engage à réaliser ou à soutenir selon trois (3) axes précis : la **PROMOTION** de la santé, la **PRÉVENTION** des problèmes de santé et de bien-être et la **PROTECTION** de la santé.

Afin de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, les actions suivantes ont été réalisées au cours de la dernière année :

- Campagne de sensibilisation auprès de la population et du personnel infirmier sur la vaccination
- Actualisation et intégration de la conseillère en promotion et prévention de la santé selon les priorités et les trois volets de champs d'action
- Suivi effectué par le comité local en santé publique des indicateurs établis par le Plan d'action local
- Participation intersectorielle à la table COSMOSS locale / MELS-MSSS et autres organismes communautaires
- Entente avec certains milieux scolaires afin d'avoir des plans d'action concertés en lien avec les objectifs prévus en « École en santé »
- Participation et recherche de solutions pour la clientèle orpheline selon les données SIGAGO

PRÉVENTION DES INFECTIONS

La mise en œuvre du Programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales au CSSS de La Matapédia contribue à assurer la sécurité des soins et des services offerts à la clientèle. Les actions produites permettre de réduire les risques d'infections nosocomiales ainsi que leurs impacts à travers le continuum des soins et des services.

- Démarche d'amélioration en lien avec Agrément Canada
- Mise en place d'un comité et élaboration d'un programme de surveillance de l'utilisation des antibiotiques
- Sensibilisation en regard de l'utilisation judicieuse des antibiotiques
- Actualisation et suivi du programme en P.C.I.
- Réalisation d'une campagne de lavage des mains avec audits et transmission du rapport aux instances
- Mesures de prévention des infections lors de nombreux travaux de rénovation ou de construction
- Révision de la technique de nettoyage et désinfection des chambres des usagers
- Attribution des responsabilités en hygiène et salubrité concernant les zones grises
- Réorganisation et support aux équipes en hygiène et salubrité (outils de travail, traçabilité, etc.) et gestion du climat de travail (code de vie)
- Production de procédures de nettoyage et de désinfection
- Participation à une formation en ligne offerte par le CHUQ
- Mise en place d'une chambre à pression négative pour les isolements aériens
- Audits d'observance sur le processus de désinfection et stérilisation
- Audits de conformité de l'application rigoureuse des routes de travail du personnel en hygiène et salubrité
- Augmentation des chambres privées soit 14/23 donne 50%

AUTRES DOSSIERS D'IMPORTANCE

Tout au long de la dernière année, différents dossiers ont permis d'améliorer les services et de renforcer le partenariat :

- Obtention d'un octroi de 12 422 $ pour l'acquisition d'un tire-lait électrique et de trois bassinets (Opération enfant soleil)
- Réaffectation de travailleuses enceintes
- Mise en place du nouveau mode de rétribution des ressources intermédiaires
- Déploiement d'intervenants en contexte de sécurité civile volet psychosocial lors de l'incendie à l'Isle-Verte
- Diffusion d'informations sur les services en maladies chroniques auprès des différents partenaires
- Acquisition d'un nouvel analyseur principal en biochimie
- Réaménagement des postes de laboratoire intégrant une fonction d'agent de la qualité

RÉSULTATS AGRÉMENT 2013-2017

Le CSSS de La Matapédia a reçu un agrément avec mention pour la période 2013-2017 en provenance d'Agrément Canada. Cette distinction démontre l'engagement de la haute direction et de l'ensemble des intervenants à offrir les meilleurs services à la population du territoire tout en confirmant un haut respect des normes de sécurité et de qualité de services établies.

Afin de maintenir le statut d'agrément avec mention, l'établissement a poursuivi le travail de mobilisation et d'amélioration continue afin de présenter les preuves requises auprès d'Agrément Canada le 20 février dernier.

Rappelons que le CSSS de La Matapédia a obtenu la note exceptionnelle de 96 % lors de la visite de l'équipe visiteuse.

La prochaine visite est prévue en septembre 2017.

Note exceptionnelle de 96%

Prochaine visite : septembre 2017

VOTRE CSSS VOUS INFORME...ET EST DE PLUS EN LUS PRÈS DE VOUS

18 107 PERSONNES À DESSERVIR

RÉPARTIES DANS 18 MUNICIPALITÉS

Afin d'informer la population de La Matapédia en regard de l'organisation des services qui lui sont dispensés, le CSSS de La Matapédia utilisent différents moyens de communication.

Il a entre autres :

- Tenu une rencontre publique d'information avec les partenaires intersectoriels le 18 septembre 2014
- Tenu un total de 10 séances régulières du Conseil d'administration
- Publié un total de 17 chroniques dans le journal régional
- Diffusé l'équivalent de 100 minutes en capsules d'information à la radio locale
- Transmis de l'information et mis de la documentation à la disposition de sa population sur son site internet
- Participé à diverses activités communautaires
- Tenu une activité axée vers les saines habitudes de vie
- Participé à diverses entrevues radiophoniques, télévisuelles et dans la presse écrite

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Des sondages de satisfaction sont mis à la disposition des usagers afin d'évaluer les services reçus. Chaque sondage est analysé et pris en compte dans l'amélioration de la qualité des services dispensés.

GOUVERNANCE AU CSSS DE LA MATAPÉDIA

La transparence, l'accessibilité à l'information stratégique et la diffusion appropriée de l'information...Voilà quelques-unes des règles de la bonne gouvernance qui prévalent au sein du Conseil d'administration.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'administration du CSSS de La Matapédia est composé de 18 administrateurs :

COOPTATION
Pierre Arsenault
Nancy Bérubé
Yves Boulianne
Hélène Martin
Geneviève Morin
Claude Pérusse

NOMINATION PAR L'AGENCE
Roger Blanchette
Jeanne d'Arc Voyer, présidente

POPULATION
Nancy Caron
Flavie Lavallière

COMITÉ DES USAGERS
Normande Lafrance
Jean-Claude Leclerc

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS
Dr Kherdine Laddada

CONSEIL DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES
Geneviève Laroche

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE
Frédéric Pauzé-Lépine

PERSONNEL NON CLINIQUE
Poste vacant

FONDATION
Jean-Yves Thériault, vice-président

DIRECTEUR GÉNÉRAL
Alain Paquet, secrétaire

Au cours de la dernière année, les membres du conseil d'administration ont participé à 10 rencontres régulières.

Par leur participation aux activités du Conseil d'administration, les membres du conseil d'administration s'engagent :

- À participer
- À s'exprimer
- À respecter le code d'éthique des administrateurs
- À être à l'aise dans un travail d'équipe où la prise de décision demeure la tâche principale
- À être sensible aux enjeux de notre territoire et aux besoins de notre population en matière de santé et de services sociaux

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

COMITÉ DE LA VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Jean-Claude Leclerc, président et membre du conseil d'administration et du comité des usagers
Normande Lafrance, vice-présidente et membre du conseil d'administration et du comité des usagers
Claude Pérusse, membre du conseil d'administration
Alain Paquet, directeur général
Gino Beaudoin, directeur de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation
Suzanne Bérubé, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Dr Jacques Levasseur, médecin examinateur

RÉALISATIONS 2014-2015

- Suivis des travaux entourant la clientèle orpheline d'un médecin de famille
- Suivis des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et de leur suivi
- Suivis des rapports trimestriels sur les accidents et les incidents survenus au CSSS de La Matapédia
- Mise en place d'un processus d'évaluation du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

COMITÉ DE VÉRIFICATION

Nancy Caron, présidente
Yves Boulianne, membre
Jean-Yves Thériault, membre
Pierre Arsenault, substitut

RÉALISATIONS 2014-2015

- Adoption de la planification budgétaire 2014-2015
- Suivi adéquate de la situation financière
- Adoption des autorisations d'emprunt
- Projet de canalisations pour incendie de type colonne sèche
- Suivi financier des travaux d'aménagement des salles de télécommunication et du câblage de l'Hôpital d'Amqui

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Geneviève Morin, présidente
Nancy Bérubé, membre
Jeanne d'Arc Voyer, membre
Alain Paquet, directeur général

RÉALISATIONS 2014-2015

- Le Comité de gouvernance et d'éthique n'a pas tenu de rencontres en 2014-2015 considérant le contexte relié à l'adoption du projet de loi 10.

Les membres du comité de gouvernance et d'éthique ont participé activement aux activités du conseil d'administration et sont demeurés entièrement disponibles afin de supporter le conseil dans la bonne gouvernance et le respect des enjeux éthiques.

COMITÉ DES USAGERS ET DES RÉSIDENTS

Comité des usagers
Bertrand Martel, président
Jean-Claude Leclerc, vice-président
Normande Lafrance, membre
Jacques Lemieux, membre représentant le comité des résidents
Bertrand Roussel, membre

Comité des résidents
Jacques Lemieux, président
Viviane Couturier, membre
Irène Fournier, membre
Jean-Marc Joubert, membre résident
Solange Roussel, secrétaire
Marguerite St-Laurent, membre résidente

Le Comité des usagers et des résidents s'assure principalement du respect des droits des usagers et des résidents et porte assistance à ceux-ci lorsque la situation le commande afin d'améliorer la qualité et la sécurité des services. De plus, le comité a un rôle actif dans la promotion de la qualité des conditions de vie des usagers et dans l'évaluation du degré de satisfaction face aux services offerts.

RÉALISATIONS 2014-2015

- Le comité des usagers et des résidents se sont rencontrés conjointement à huit (8) reprises.
- Échanges avec la direction du CSSS de La Matapédia en lien avec l'implantation de l'approche milieu de vie à la Résidence Marie-Anne Ouellet
- Planification de la Semaine des droits des usagers
- Demande faite à la direction du CSSS de La Matapédia permettant d'accentuer les démarches pour le recrutement des bénévoles dévoués à la mission CHSLD afin de favoriser des activités récréatives

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Comité exécutif du CMDP	
Dr Pierre Turbide	président
Dr Patrick Charland	vice-président
Dre Jacynthe Vallée	secrétaire
Dre Mélanie Blanchette	membre
Dre Catherine Poirier	membre
Dre Claire Jean	directrice des services professionnels
Alain Paquet	directeur général
Comité d'examen des titres	
Dre Sophie Gervais	présidente
Dre Claire Jean	directrice des services professionnels
Dre Isabelle Brochu	membre
Dr Denis Boucher	membre
Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique	
Dre Mijanou Didier	présidente
Dre Sonia d'Amours	membre
Dre Sophie Gervais	membre
Dre Marie-Ève Dumais	membre
Dre Isabelle Brochu	membre
Dre Roxane Gagné	membre
Mme Sylvie Anctil	archiviste médicale
Comité de pharmacologie	
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang	présidente
Dre Annie Marquis	membre
Dr Kherdine Laddada	chirurgien général
Dre Manon St-Amant	membre
Dr Denis Boucher	membre
Dr Jean Martin	membre
Mme Claire Dumais	Membre pharmacienne
Comité multidisciplinaire de traumatologie (équipe médicale seulement)	
Dr Yahia Zine	président
Dre Claire Jean	directrice des services professionnels
Dr Omar Hasan	chirurgien général
Dr Kherdine Laddada	chirurgien général
Dre Agnès Pascot	chef du service d'urgence et soins intensifs
Département de médecine générale	
Dr Patrick Charland	chef
Dr André Aboussafy	membre
Dre Mélanie Blanchette	membre
Dr Pierre Bornais	membre
Dr Denis Boucher	membre
Dre Isabelle Brochu	membre

Dre Sonia D'Amours	membre
Dre Mijanou Didier	membre
Dre Marie-Ève Dumais	membre
Dre Roxane Gagné	membre
Dr Jean Gauthier	membre
Dre Sophie Gervais	membre
Dre Claire Jean	membre
Dr Philippe Landry	membre
Dre Annie Marquis	membre
Dr Jean Martin	membre
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang	membre
Dre Agnès Pascot	membre
Dre Catherine Poirier	membre
Dre Manon St-Amant	membre
Dr Pierre Turbide	membre
Dre Jacynthe Vallée	membre
Département de chirurgie et d'anesthésie	
Dr Yahia Zine	chef du département
Dr Omar Hasan	membre
Dr Kherdine Laddada	membre
Service d'obstétrique	
Dre Sophie Gervais	chef du service
Dre Mélanie Blanchette	membre
Dre Marie-Ève Dumais	membre
Dre Roxane Gagné	membre
Dre Catherine Poirier	membre
Service d'urgence et des soins intensifs	
Dre Agnès Pascot	Chef du service
Dr Denis Boucher	membre
Dr Patrick Charland	membre
Dre Mijanou Didier	membre
Dre Marie-Ève Dumais	membre
Dre Roxane Gagné	membre
Dre Catherine Poirier	membre
Dre Thyu-Tien Nguyen-Dang	membre
Dre Sophie Gervais	membre
Dre Annie Marquis	membre
Dre Manon St-Amant	membre
Dre Mélanie Blanchette	membre
Dr Pierre Turbide	membre

GOUVERNE ET FONCTIONNEMENT DU CMDP

- Le Comité exécutif du CMDP s'est réuni à 8 reprises en 2014-2015.
- Pour sa part, le comité d'examen des titres s'est réuni à 5 reprises.
- Le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique s'est réuni 4 fois.
- Quant aux autres comités et départements médicaux, ceux-ci ont tenu des rencontres régulières permettant d'assumer leur responsabilité et voir à une saine gouvernance des activités cliniques et médicales.

Points saillants des activités réalisées

- Organisation des services de première ligne et comité de travail sur l'organisation des services médicaux
- Élaboration d'un plan de travail permettant d'améliorer l'atteinte des cibles au niveau des délais d'attente pour les petites chirurgies
- Poursuite des travaux en vue d'actualiser le projet de super technicienne en échographie
- Recrutement en radiologie
- Début des services de consultation en médecine interne à la suite d'une entente conclue avec le CSSS de Rimouski-Neigette
- Démarche d'optimisation en cours relativement aux services offerts à la pharmacie
- Modification du calendrier des rencontres des comités du CMDP permettant de dégager du temps au profit des activités en cabinet privé
- Participation par l'équipe médicale à des activités d'éducation médicale continue

COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES

Le rôle de ce comité est de procéder à l'étude des demandes de nomination des médecins, dentistes et pharmaciens désirant un statut et des privilèges au sein de l'organisation.

Au cours de l'exercice, 17 demandes de nomination des médecins, dentistes et pharmaciens désirant un statut et des privilèges ont été analysées et ont fait l'objet de recommandations.

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Le comité de pharmacologie s'assure d'une utilisation efficiente et efficace des médicaments utilisés dans notre établissement. À cet égard, il recommande l'utilisation des meilleures pratiques et établit les protocoles assurant une utilisation sécuritaire pour le bénéfice de notre clientèle. Au cours de la dernière année, ce comité a procédé à l'analyse de différents protocoles nécessaires à l'amélioration de la qualité du service offert à la clientèle.

COMITÉ MULTIDISCIPLINAIRE DE TRAUMATOLOGIE

Ce comité assure la vigie permettant une réponse adéquate et adaptée aux situations traumatologiques dans le respect du rôle attendu et de la mission de notre établissement. Au cours de la dernière année, le comité a principalement mis à jour le cahier de procédures – urgence / amputation traumatique et apporter des précisions concernant le rappel du personnel du bloc opératoire.

LES DIVERS DÉPARTEMENTS

Tout au long de l'année, les membres des divers départements cliniques ont unis leurs efforts afin d'assurer la gouverne médicale propre à leur champ d'activités.

Faits saillants du département de médecine générale

- Présentation de nouvelles ordonnances collectives
- Mesures incitatives pour le recrutement médical
- Participation au projet d'arrêt d'impression systématique des éléments du dossier médicale
- Modification de l'horaire des tournées hospitalières
- Élaboration d'une politique de prise en charge de patient orphelin

Faits saillants du département de chirurgie et d'anesthésie

- Révision des ordonnances collectives en chirurgie générale
- Instauration de rencontre de services pour les cas complexes
- Référence des clients à l'équipe de maladies chroniques
- Révision des règlements du département de chirurgie

FORMATION ET ENSEIGNEMENT – ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

L'établissement a accueilli, au cours de l'exercice 2014-2015, huit (8) stagiaires d'externat junior en médecine familiale et 4 stagiaires de résidence en médecine familiale.

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Julie Gaudreau, présidente
Lissia Dumont, vice-présidente
Linda Poirier, secrétaire
Marie-Hélène St-Pierre, membre
Mélanie Bergeron, membre
Karim Fofana, membre
Renée-Claude Gagné, membre CECIIA
Mélanie Bérubé, membre CECIIA
Alain Paquet, directeur général et membre d'office
Bertin Lévesque, directeur des soins infirmiers et de la santé publique et membre d'office

RÉALISATIONS 2014-2015

Gouverne et fonctionnement du Comité exécutif des infirmières et infirmiers
Le comité exécutif du CII s'est réuni à 4 reprises en 2014-2015. Le rôle de cette instance consultative consiste principalement à voir au bon fonctionnement technique et scientifique de l'organisation des services et à formuler le cas échéant les avis requis permettant d'assurer une prestation clinique sécuritaire et de qualité.

Points saillants des activités réalisées

- Adoption d'ordonnances collectives dans différents secteurs cliniques
- Élaboration de processus et de politiques dans le cadre de la démarche d'Agrément Canada
- Élection d'un nouveau président au CECII et l'intégration de deux nouveaux membres
- Révision de la gouvernance clinique en collaboration avec les chefs de services
- Suivi du projet de loi 10
- Plan d'action de la RMAO à l'amélioration du climat de travail et des directives en soins infirmiers ainsi que le plan d'action de contention
- Plan d'action LEAN à l'urgence pour l'amélioration du cheminement du client à l'urgence et plan d'action des effectifs (ressources humaines)
- Suivi des plans de formations et du rehaussement des compétences pour les infirmières et infirmiers
- Consultations et avis

Autres activités réalisées

- Tenue d'activités dans le cadre de la semaine de l'infirmière
- Planification de l'organisation de l'Assemblée générale régionale de l'Ordre des Infirmiers et infirmières du Bas-St-Laurent, Gaspésie-Iles de La Madeleine qui a eu lieu le 7 juin 2014

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Alexis d'Aoust-Tremblay, président
Frédéric Lépine-Pauzé, vice-président
Sylvie Anctil, secrétaire
Stéphanie Fournier, membre
Marcelle-Ange Madore, membre
Marie-Claude Rioux, membre
Julie Ruel, membre
Alain Paquet, directeur général et membre d'office

RÉALISATIONS 2014-2015

Gouverne et fonctionnement du Conseil multidisciplinaire
Le comité s'est rencontré à cinq (5) reprises au cours de la dernière année ce qui lui a permis de travailler sur différents dossiers.

Points saillants des activités réalisées
Dans son rôle que lui donne la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Conseil multidisciplinaire vise à s'assurer que les services offerts à la clientèle soient de la plus grande qualité possible et dans le respect des ressources humaines et financières disponibles.

Les membres de ce comité sont appelés régulièrement à émettre différents avis touchant la majorité des dossiers de l'établissement. Au cours de la dernière année, des commentaires ont été émis sur les sujets suivants :

- Cadre d'intervention clinique
- Transformation du programme de gériatrie
- Ordonnance collective sur le prélèvement lors d'un dosage de créatinine
- Procédure – identification conforme du spécimen et de la requête
- Optimisation des services sociaux
- Optimisation des services d'archives
- Procédure de non-disponibilité de l'usager dans les services de réadaptation et de maladies chroniques

GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble des soins et services offerts à la population de La Matapédia...Voilà les assises que le CSSS de La Matapédia utilise afin de s'assurer que les soins et services offerts soient sécuritaires et de grande qualité.

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Gino Beaudoin, directeur de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation
Dre Isabelle Brochu, représentante du CMDP
Annie Guimond, représentante du conseil multidisciplinaire
Linda Poirier, représentante du CECII
Suzanne Drouin, infirmière en prévention des infections par intérim
Jean-Claude Leclerc, représentant des usagers
Bertin Lévesque, directeur des soins infirmiers et de la santé publique
Alain Paquet, directeur général

Gouverne et fonctionnement

Le comité de gestion des risques assume un rôle relativement à la promotion et à la gestion des risques dans l'établissement.

Au CSSS de La Matapédia, une gestion rigoureuse est assurée afin que les mécanismes de sensibilisation, d'information et de formation soient développés et intégrés à la réalité de l'établissement.

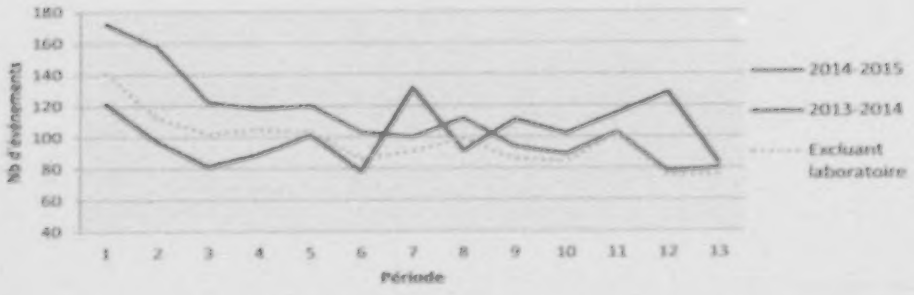
Rapport annuel des incidents et des accidents

Au cours de la dernière année, les tests de laboratoire ont été inclus dans les analyses des incidents-accidents. Cela fait en sorte qu'il y a eu une augmentation totale de 9% des incidents-accidents.

Nombre d'événements par période

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2014-2015	172	157	127	118	120	103	100	112	94	89	103	78	80
2013-2014	121	97	81	89	101	78	131	91	111	102	115	126	83

Total	Moy
1448	111
1328	102



Nombre d'événements par type par gravité

On constate une augmentation de 9% des incidents-accidents sans conséquence en 2014-2015 comparativement à 2013-2014. En 2014-2015, 112 accidents ont eu des conséquences chez les usagers, soit une hausse de 16% comparativement à 2013-2017 (97 usagers).

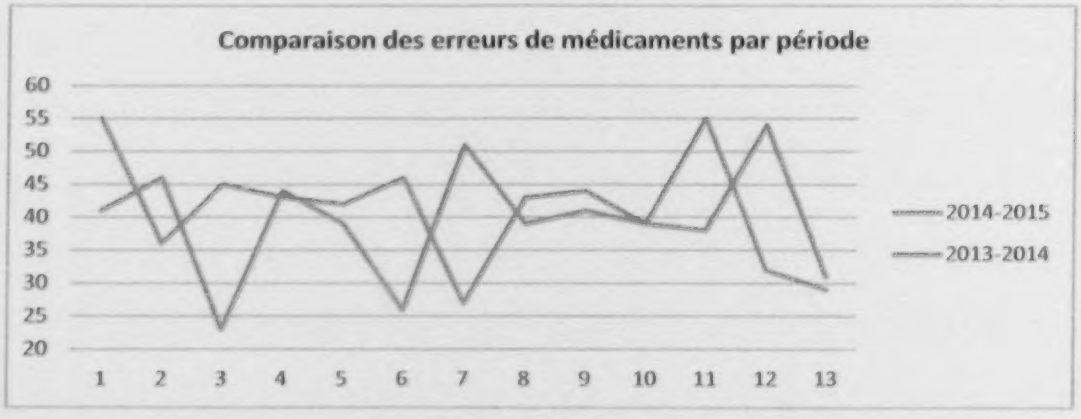
Type d'évènement	Niveau de gravité										
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I	Total
Autre	8	46	32	7	28	1				1	123
Matériel	8	22	15	2	2						49
Chute	1	7	263	106	31	29	5				442
Diète	1	8	11								20
Médicament	29	60	377	65	3	1				1	536
Possibilité d'abus		1	11	6	8						26
Test imagerie		8	16	1							25
Test laboratoire	12	102	73								187
Traitement	2	9	24	3	1	1					40
Total	**61**	**263**	**822**	**190**	**73**	**32**	**5**	**0**	**0**	**2**	**1448**
2013-2014	41	262	809	119	61	27	8	0	0	1	1328

Incidents – accidents de médicaments par service

Une augmentation des erreurs de médicaments a été observée au cours de la dernière année. La plus forte hausse se situe au niveau des ressources intermédiaires où les incidents-accidents de médicaments représentent une augmentation de 22%.

	R.I.				RMAO			C.H.				
	SRC	V.Ang.	VMR	VGF	Unité 1	Unité 2	Unité 3	U. regr.	SI	Urg.	Autres	
2014-2015	10	3	15	17	118	122	54	152	20	8	17	
2013-2014	9	0	12	16	78	146	33	142	12	18	46	

Total				
R.I.	RMAO	CH	Autres	Total
45	294	180	17	536
37	257	172	46	512

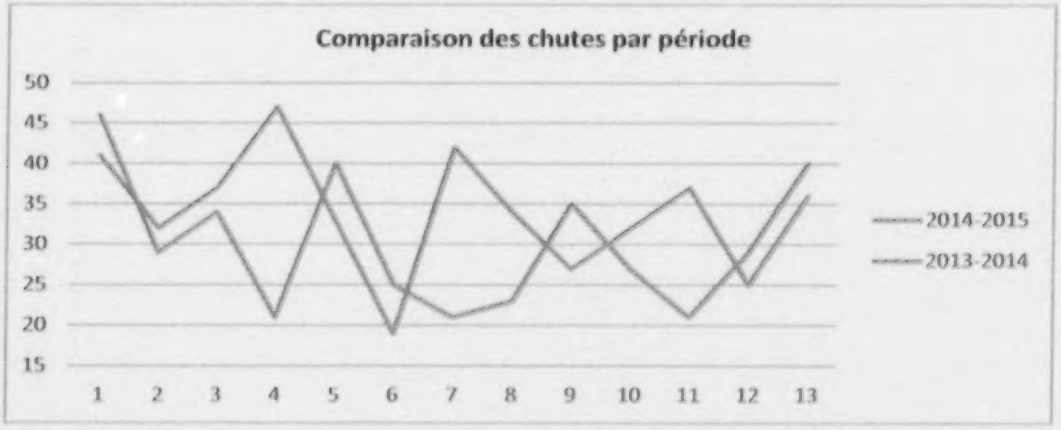


Incidents - accidents de chutes par service

Depuis le 1er avril, on constate une augmentation des chutes de 12%. La principale hausse se situe au niveau du 3e étage de la Résidence Marie-Anne Ouellet où les chutes ont augmenté de 90%. Il est toutefois important de préciser que six (6) usagers ont effectué 80% de ces chutes.

	R.I.				RMAO			C.H.			
	SRC	V.Ang.	VMR	VGF	Unité 1	Unité 2	Unité 3	U. exp.	SI	Urg.	Autres
2014-2015	13	6	46	60	85	46	117	56	0	7	6
2013-2014	22	16	21	67	73	55	70	45	1	5	16

Total				
R.I.	RMAO	CH	Autres	Total
125	248	63	6	442
126	198	51	16	391



Qualité des soins et sécurité des services...

une priorité pour le CSSS de La Matapédia

COMITÉ DE PRÉVENTION DES INFECTIONS

Dr Jean Martin, représentant médical
Dr Harold Bernatchez, médecin consultant
Linda Poirier, conseillère clinique en soins infirmiers
Annick Chouinard, conseillère clinique en soins infirmiers
Mylène Guénard, infirmière en prévention des infections
Joseph Arsenault, chef des services techniques et des installations
Julie Ruel, assistante-chef au laboratoire
Bertin Lévesque, directeur des soins infirmiers et de la santé publique

Un comité de prévention des infections supporte les orientations à suivre en matière de surveillance, de prévention, de dépistage et de reddition de comptes.

Un tableau de bord est préparé mensuellement sur l'état de situation des infections nosocomiales dans l'établissement et est présenté au conseil d'administration de même qu'au comité de gestion des risques.

Au cours de l'exercice 2014-2015, la situation s'est grandement améliorée pour se situer très près des normes attendues en cette matière.

Type d'infections nosocomiales		**2014-2015**	**2013-2014**
ERV		2 cas 3337 tests	0 cas 3524 tests
C.Difficile	Catégorie I	5 cas	5 cas
	Catégorie II	1 cas	0 cas
	Catégorie III	4 cas	5 cas
	Catégorie IV	0 cas	0 cas
	Récidive	0 cas	2 cas
SARM	Catégorie 1	4 cas	10 cas
	Catégorie 2A	2 cas	2 cas
	Catégorie 2B	1 cas	1 cas
	Catégorie 2C	5 cas	2 cas
	Catégorie 3	6 cas	3 cas
	Catégorie 4	1 cas	0 cas

Des interventions en prévention des infections sont faites de manière permanente dans notre établissement.

COMITÉ ANTIBIOGOUVERNANCE

Alain Paquet, directeur général
Dr Jean Martin, président du Comité de prévention des infections
Mylène Guénard, infirmière en prévention des infections (en congé de maternité)
Bertin Lévesque, directeur des soins infirmiers et la santé publique
Lise-Nancy Michaud, pharmacienne
Linda Poirier, conseillère clinique
Annick Chouinard, conseillère clinique

À l'instar des autres établissements de santé du Québec, le CSSS de La Matapédia doit assurer une saine utilisation des antibiotiques dans le traitement des maladies infectieuses.

Pour répondre aux obligations imparties à cette gouverne, le comité interdisciplinaire sous la responsabilité de la direction générale a le mandat de mettre en place les diverses actions requises permettant l'atteinte des résultats visés.

RÉALISATIONS 2014-2015

- Le comité a tenu une seule rencontre au cours de l'exercice 2014-2015.
- Des outils informatiques régionaux viendront soutenir les travaux reliés à l'antibiogouvernance ce qui facilitera la cueillette des données et la rétroaction auprès des cliniciens.

RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Pour l'année 2014-2015, le nombre de plaintes est demeuré le même.

Le tableau qui suit reflète bien les dossiers traités au cours de la dernière année.

PLAINTES									
PLAINTES		ASSISTANCES		INTERVENTIONS		CONSULTATIONS		TOTAL	
2013-2014	2014-2015	2013-21014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2014
17	17	9	17	1	0	3	4	30	38

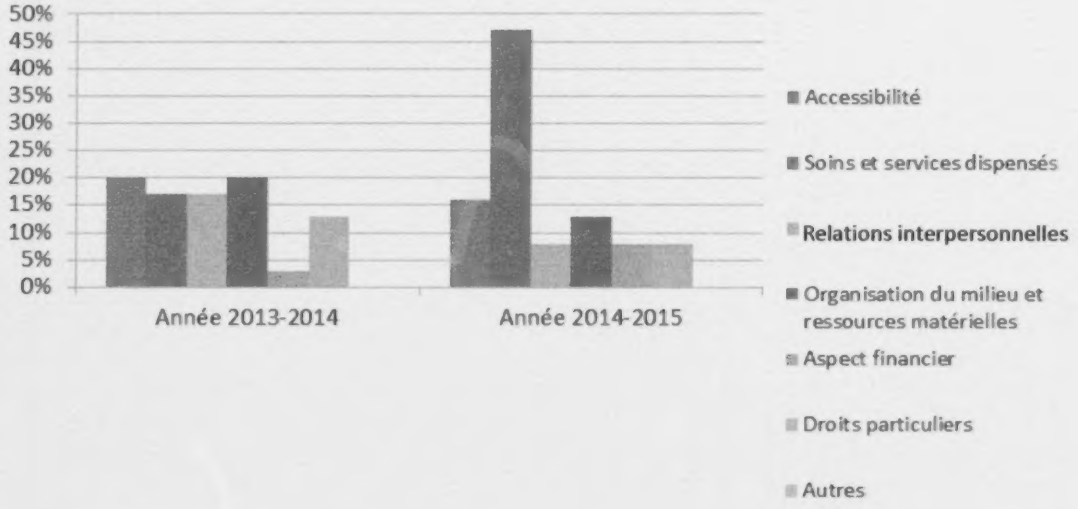
PLAINTES MÉDICALES	
2013-2014	2014-2015
0	2

DEMANDES					
PROTECTEUR DU CITOYEN		COMITÉ DE RÉVISION		COMITÉ DISCIPLINAIRE	
2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
1	3	0	0	0	0

Les demandes d'assistance proviennent d'usagers ou de leur représentant qui éprouvent des insatisfactions à l'égard des soins et services qu'ils ont reçus ou désirent de l'information sur leurs droits, une procédure ou encore valider une information obtenue. Ces demandes requièrent quelques fois autant de temps que l'analyse d'un dossier de plaintes.

MOTIFS DE PLAINTES

Le graphique suivant démontre les insatisfactions portant sur les soins et services qui ont connu une importante augmentation par rapport à l'année précédente. Les plaintes visant les soins à domicile et les services dispensés dans les ressources intermédiaires ont soulevé plusieurs insatisfactions.



TRAITEMENT D'UN DOSSIER DE PLAINTES...

DÉLAI MOYEN DE 18 JOURS

ACTIVITÉS LIÉES À LA FONCTION

Peu d'activités de promotion du régime d'examen des plaintes ont été faites au cours de la dernière année. D'ailleurs, une recommandation de l'équipe ministérielle à la RMAO a été émise afin d'accentuer les activités visant à faire connaitre les droits des usagers principalement au Centre d'hébergement de soins de longue durée :

- Distribution d'affiches et dépliants portant sur le régime d'examen des plaintes
- Rappel sur l'application du Code d'éthique des intervenants auprès des gestionnaires et des employés lors des rencontres
- Rencontres du comité de vigilance et à la qualité

RECOMMANDATIONS ET MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Au cours de l'année 2014-2015, des recommandations ou mesures correctives ont été émises à la suite du traitement des plaintes :

- Délai pour l'obtention d'un résultat d'examen à baliser
- Ordonnance collective pour la prise de radiographie du membre supérieur au triage à l'urgence
- Informations transmises à la clientèle sur différents services
- Mesures disciplinaires dans une ressource intermédiaire
- Accompagnement de la clientèle pour l'obtention d'un service

CONCLUSION

Le nombre de plaintes et le niveau d'inquiétude des familles concernant la qualité des services dispensés dans les ressources intermédiaires est en augmentation par rapport à 2013-2014. Il est donc recommander d'accentuer le contrôle de la qualité de services et la sécurité dans ces ressources du territoire de La Matapédia et ce, en conformité avec le Cadre de référence des RI-RTF.

L'approche auprès de la clientèle est un élément non négligeable lorsqu'on vise à offrir des soins et des services de qualité. À cet égard, il faut notamment maintenir le rythme de croisière actuel à travers les activités visant l'adhésion des intervenants au Code d'éthique de l'établissement.

RAPPORT DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Le mandat général du médecin examinateur est d'agir à titre de responsable envers le Conseil d'administration de l'application de la procédure d'examen des plaintes concernant un médecin, dentiste, pharmacien ou résident et de procéder à l'examen de toute plainte concernant ces professionnels de la santé.

BILAN 2014-2015

Au total, une seule plainte a été reçue et a fait l'objet d'une analyse par le médecin examinateur. Cette plainte visait principalement la qualité des services reçus et le consentement aux soins. Le délai moyen de traitement a été de 20 jours.

RECOMMANDATIONS ET MESURES CORRECTIVES PROPOSÉES

Afin de permettre l'amélioration de la qualité des soins et des services médicaux ainsi que l'amélioration de l'accessibilité et la continuité, les recommandations suivantes ont été émises :

- S'assurer que les protocoles de soins soient revus régulièrement et mis à jour
- D'instaurer un mécanisme de suivi des rapports d'examen pour la clientèle de l'urgence en cas d'absence du médecin de famille

Délai moyen de traitement d'une plainte médicale

20 jours

ÉTATS FINANCIERS

Les résultats financiers du CSSS de La Matapédia présentés dans cette section sont conformes aux dispositions requises de la circulaire 2013-013.

MALLETTE

Mallette s.e.n.c.r.l.

101-20 boulevard Saint-Benoît E
Amqui QC G5J 2B7

Téléphone 418 629-2258
Télécopie 418 629-4892
Courriel info.amqui@mallette.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du CISSS du Bas-Saint-Laurent

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation des actifs nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et des services sociaux de la Matapédia pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et des services sociaux de la Matapédia.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et des services sociaux de la Matapédia pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent deux anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du Centre de santé et des services sociaux de la Matapédia pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que :

- Ainsi qu'exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées » du Manuel de CPA Canada, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

- Comme l'exige le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Établissement n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP-3410 « Paiements de transferts », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transferts seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide concernant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et des services sociaux de la Matapédia au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets (dette nette), des gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Mallette S.E.N.C.R.L.[1]

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Amqui (Québec)
Le 26 juin 2015

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A 110968

MALLETTE

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 2014-2015**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2014**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Location d'immeubles (SQI)	2014-2015	R	Aucune car directive MSSS			x
Paiement de transfert	2014-2015	R	Aucune car directive MSSS			x
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	37 489 453	36 648 950	1 725 410	38 374 360	38 127 017
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					
Contributions des usagers	3	2 153 464	2 103 494	XXXX	2 103 494	2 120 493
Ventes de services et recouvrements	4	397 876	230 017	XXXX	230 017	328 543
Donations (FI:P294)	5	70 000		98 987	98 987	76 780
Revenus de placement (FI:P302)	6	14 500	27 395		27 395	13 534
Revenus de type commercial	7	200 000	222 817	XXXX	222 817	190 392
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	74 660	496 744	5 087	501 831	305 512
TOTAL (L.01 à L.11)	12	40 399 953	39 729 417	1 829 484	41 558 901	41 162 271
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	27 673 680	27 485 060	XXXX	27 485 060	26 602 683
Médicaments	14	1 187 000	1 141 898	XXXX	1 141 898	1 190 034
Produits sanguins	15	662 166	655 219	XXXX	655 219	591 097
Fournitures médicales et chirurgicales	16	1 028 825	1 096 861	XXXX	1 096 861	1 037 117
Denrées alimentaires	17	370 739	387 055	XXXX	387 055	383 242
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	1 916 000	1 946 089	XXXX	1 946 089	1 899 738
Frais financiers (FI:P325)	19	341 000		337 130	337 130	340 111
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	223 450	291 598	16 670	308 268	263 394
Créances douteuses	21	10 000	8 110	XXXX	8 110	5 939
Loyers	22	620 995	582 121	XXXX	582 121	559 781
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	1 405 000	XXXX	1 475 860	1 475 860	1 399 061
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX	21 241	21 241	
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	5 355 405	5 686 612		5 686 612	5 736 793
TOTAL (L.13 à L.27)	28	40 794 260	39 280 623	1 850 901	41 131 524	40 008 988
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(394 307)	448 794	(21 417)	427 377	1 153 283

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	1 583 596	2 068 192	3 651 788	2 498 505	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3		(1 451 626)	(1 451 626)	XXXX	8
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	1 583 596	616 566	2 200 162	2 498 505	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	448 794	(21 417)	427 377	1 153 283	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	(99 460)	99 460	0		9
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(99 460)	99 460			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	1 932 930	694 609	2 627 539	3 651 788	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	253 563	211 509	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	2 373 976	3 440 279	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	2 627 539	3 651 788	

Nom de l'établissement	Code	Page / Idu
CSSS de la Matapédia	1104-4021	204-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2015-ADDITIF

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	3 027 244	462 598	3 489 842	1 598 624
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE P362, FI P408)	3	1 364 446	78 449	1 442 895	1 376 671
Autres débiteurs (FE P360, FI P400)	4	306 036	20 784	326 820	329 904
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	14 507	(14 507)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE P362, FI P408)	7	3 170 562	(662 514)	2 508 048	1 988 767
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	45 746	45 746	36 107
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	12 109		12 109	
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	7 894 904	(69 444)	7 825 460	5 327 073
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		707 775	707 775	300 533
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	2 589 469	91 507	2 680 989	2 167 367
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	682 581	682 581	458 734
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		78 449	78 449	100 362
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P264)	19	1 501 910	2 577 035	4 078 945	1 391 163
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	13 655 236	13 655 236	13 679 398
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	3 244 874	XXXX	3 244 874	3 390 745
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25				8 384
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	7 336 272	17 792 577	25 128 849	22 006 696
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	558 632	(17 862 021)	(17 303 389)	(16 679 813)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	18 556 630	18 556 630	19 030 191
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	987 670	XXXX	987 670	983 960
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	386 626		386 626	317 550
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	1 374 296	18 556 630	19 930 926	20 331 601
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	1 932 930	694 609	2 627 539	3 651 788

Obligations contractuelles (pages 535-00 à 535-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06: Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget 1	Fonds Exploitation 2	Fonds Immobilisations 3	Total - Ex.Courant (C2+C3) 4	Total - Ex.Précédent 5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(516 802)	282 186	(16 961 999)	(16 679 813)	(17 782 537)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3			(1 451 626)	(1 451 626)	XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(516 802)	282 186	(18 413 625)	(18 131 439)	(17 782 537)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		448 794	(21 417)	427 377	1 153 283
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(1 023 540)	(1 023 540)	(1 519 448)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	1 475 860	1 475 860	1 399 061
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	21 241	21 241	
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-06)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX	473 561	473 561	(129 387)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(3 810)	XXXX	(3 810)	
Acquisition de frais payés d'avance	16		(69 078)		(69 078)	
Utilisation de stocks de fournitures	17			XXXX		35 777
Utilisation de frais payés d'avance	18					34 051
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(72 888)		(72 888)	69 828
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		(99 460)	99 460	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21		276 446	551 604	828 050	1 102 724
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(516 802)	558 632	(17 862 021)	(17 303 389)	(16 679 813)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	427 377	1 153 283
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(72 688)	69 820
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	21 241	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7	(169 721)	(81 518)
Amortissement des immobilisations	8	1 475 860	1 309 061
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10		10 143
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(529 424)	
Autres	13		(528 772)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	725 068	869 344
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	1 381 233	261 991
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	2 533 678	2 284 618
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17	(1 023 540)	(1 519 448)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(1 023 540)	(1 519 448)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	3 167 667	1 472 476
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2	(2 441 817)	
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(750 012)	(756 220)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		(400 000)
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	3 621 799	1 153 220
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8	(3 167 667)	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(46 890)	
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10		(1 472 476)
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	383 080	(3 000)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.206-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.206-01, L.13):	14	1 983 218	762 170
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	1 506 624	1 126 945
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	3 489 842	1 889 115
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	3 489 842	1 889 115
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	3 489 842	1 889 115

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	(66 224)	1 539 382
Autres débiteurs	2	3 064	(46 520)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	10 143	
Frais reportés liés aux dettes	4	(10 639)	(6 331)
Autres éléments d'actifs	5	(12 109)	333 486
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	513 422	(1 089 281)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	223 847	(383 567)
Intérêts courus à payer	9	(21 913)	(1 922)
Revenus reportés	10	805 877	(92 403)
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	(55 971)	
Autres éléments de passifs	13	(8 284)	9 147
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	1 381 233	261 991
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	91 501	120 797
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18		
Intérêts encaissés (revenus)	19		
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	78 449	100 362
Intérêts déboursés (dépenses)	21	347 076	331 357
Placements temporaires:			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		
Échéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

1. CONSTITUTION ET MISSION

L'établissement est constituéen corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). Il a pour mandat d'offrir les services d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, un centre local de services communautaires et un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Le siège social de l'établissement est situé à Amqui.

Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de la Matapédia.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujettiaux impôts sur le revenu.

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entrainera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issus de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'établissement est fusionné avec le CISSS du Bas-Saint-Laurent qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux *Normes comptables canadiennes pour le secteur public*, à l'exception :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire et les créances irrécouvrables.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de

l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Instruments financiers

En vertu de l'article 295 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux établissements.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1er avril 2016.

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

Par conséquent, l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs – Agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse et le découvert bancaire.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissementà son rapport financier annuel.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés ne faisant pas l'objet d'un usage productif ou faisant l'objet d'un usage productif mais dont l'état émane d'un événement imprévu, sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il, en est informé et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaires ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux et les allocations-rétention hors-cadre.

Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées, *ce*: elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Améliorations locatives :	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	10 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	5 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans
Location-acquisition :	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissementutilise le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisation. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.
- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissementdans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

3. MODIFICATION COMPTABLE

Au cours de l'exercice, l'établissement a retraité ses états financiers à la suite de la découverte d'une anomalie dans ses états financiers des exercices antérieurs à l'égard de la comptabilisation de certaines subventions du gouvernement du Québec destinées au financement d'immobilisations corporelles. Ces subventions, assorties de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources, avaient été constatées comme revenu du fond d'exploitation au moment où elles avaient été reçues et avaient fait l'objet d'un virement interfonds, du fonds d'exploitation au fonds des immobilisations, plutôt que d'être comptabilisées conformément à la méthode de constatation décrite à la méthode comptable décrite à la note 2.
Cette modification comptable a eu pour effet, au 1er avril 2014, de diminuer le solde de fonds du fonds des immobilisations de 1 451 626 $ et d'augmenter les revenus reportés d'un montant équivalent.

4. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de *la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux* (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats totaux fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2015 l'établissement a respecté cette obligation légale.

5. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 11 juillet 2014 relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

6. INSTRUMENTS FINANCIERS

Impacts sur les états financiers

L'établissement ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

7. DETTES À LONG TERME

	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement pour un montant total de 4 640 143 $, à un taux d'intérêts variant de 2,14 % à 3,27 %, garantis par le gouvernement, remboursables annuellement par versement en capital de 220 875 $, plus intérêts payables semestriellement, refinancés en décembre 2018, septembre 2024 et juin 2032.	4 581 244 $	1 472 476 $
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 10 421 813 $, à un taux d'intérêts variant de 1,78 % à 2,66 %, garantis par le gouvernement, remboursables annuellement par versement en capital de 558 171 $ en 2015-2016 et de 326 692 $ en 2016-2017 jusqu'en 2018-2019, plus intérêts payables semestriellement, refinancés en 2018-2019.	9 073 992 $	12 206 922 $
Obligations aux taux effectifs allant de X,XX % à Y,YY % garantie par le gouvernement du Québec, remboursables par versements mensuels, semestriels ou annuels, échéant de [20XX à 20YY]		
Emprunt à taux variable X,XX %, remboursable par un versement annuel de X $, le 1er décembre de chaque année, et le solde le 1er décembre 20XX.		
Emprunt garantie par hypothèque remboursable par versements mensuels, au taux de X,XX %		
Sous-total	**13 655 236 $**	**13 679 398 $**
Fonds d'amortissement		
Total	**13 655 236 $**	**13 679 398 $**

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	$
2015-2016	5 131 672
2016-2017	547 567
2017-2018	547 567
2018-2019	4 908 666
2019-2020	161 976
2020-2021 et subséquents	2 357 788
Total	**13 655 236**

8. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %

Le tableau suivant explique la variation annuelle des provisions composant les passifs au titre des avantages sociaux

	Exercice courant			Exercice précédent
	Solde au début	Variation	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	2 735 660	(29 420)	2 706 240	2 735 660
Assurance-salaire	472 848	(5 042)	467 806	472 848
Provision pour maladie	79 870	(9 846)	70 024	79 870
Droits parentaux	12 367	(11 563)	804	12 367
Allocation rétention hors-cadre				
Total	3 300 745	(55 871)	3 244 874	3 300 745

9. IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précéde
	Coût	Amortisse-ment cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptabl nette
Terrain	121 125 $		121 125 $	121 125 $
Aménagement des terrains	638 892 $	635 539 $	3 353 $	
Bâtiments	19 097 151 $	8 647 016 $	10 450 135 $	10 803 018 $
Améliorations locatives	1 340 282 $	515 802 $	824 480 $	921 599 $
Améliorations majeures aux bâtiments	926 546 $	51 465 $	875 081 $	741 631 $
Matériels et équipements	5 430 290 $	3 744 978 $	1 685 312 $	1 661 006 $
Equipements spécialisés	11 816 304 $	7 655 953 $	4 160 351 $	4 432 500 $
Matériel roulant	40 160 $	14 539 $	25 621 $	33 653 $
Développement informatique	14 227 $	14 227 $		
Réseau de télécommunication	291 598 $	31 875 $	259 723 $	65 659 $
Location-acquisition				
Projets en cours	151 449 $		151 449 $	250 000 $
Total	**39 868 024 $**	**21 311 394 $**	**18 556 630 $**	**19 030 191 $**

L'information détaillée sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé sont présentés respectivement aux pages 420-00 à 422-00 du AS-471 ou 361 à 363 du AS-475.

Les projets en cours ne sont pas amortis car ils ne sont pas en service.

10. AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 289 du AS-471.

11. GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, ainsi que la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	3 489 842 $	1 596 624 $
Débiteurs - Agences et MSSS	1 442 895 $	1 376 671 $
Autres débiteurs	326 820 $	329 904 $
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	2 508 048 $	1 988 767 $
Total	**7 767 605 $**	**5 291 966 $**

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum. En effet, l'établissements'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec et l'Agence qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST, du gouvernement du Canada, et de la Fondation Action-Santé qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 95 % pour le présent exercice et 93 % pour l'exercice antérieur du montant total recouvrable.

La chronologique des *autres débiteurs*, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars se détaille comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	308 776 $	318 543 $
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours		
De 30 à 59 jours		
De 60 à 89 jours		
De 90 jours et plus	26 654 $	17 800 $
Sous-total	335 430 $	336 343 $
Provision pour créances douteuses	<8 610> $	<6 439> $
Sous-total	<8 610> $	<6 439> $
Total des autres débiteurs	**326 820 $**	**329 904 $**

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses:	6 439 $	4 741 $
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	2 171 $	1 698 $
Montants recouvrés		
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	8 610 $	6 439 $

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

Le risque de crédit associé aux placements de portefeuille est néanmoins limité du fait que selon l'article 265 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), un établissement ne peut acquérir des actions d'une personne morale sans avoir obtenu préalablement l'avis de l'agence et dans la seule mesure prévue dans une entente conclue avec le ministre dont les conditions sont rendues publiques.

De plus, l'article 269 de cette même loi stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contributions autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faites à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2015, l'établissement s'est conformé aux articles 265 et 269 de cette loi.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.
Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéance prédéterminée. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	2 680 989 $	2 167 567 $
De 6 mois à 1 an :		
De 1 à 3 ans :		
De 3 à 5 ans :		
De plus de 5 ans :		
Total des autres créditeurs	**2 680 989 $**	**2 167 567 $**

Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'établissement n'est exposé qu'aux risques suivants :

Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés.

Le risque de change est minime car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises. Elle ne gère donc

pas activement ce risque.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	707 775 $	300 533 $
Avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées	682 581 $	458 734 $
Dettes à long terme	13 655 236 $	13 679 398 $

Du montant des emprunts temporaires totalisant 707 775 $ portent intérêt un taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds en provenance de l'Agence - Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 14 337 817$, un montant de 682 581$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 13 655 236$, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes et représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

Autre risque de prix

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

L'établissement n'est pas exposé à ce risque.

12. OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

L'établissement est apparentéavec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages
612-00 à 647-00 du AS-471.

Au cours de l'exercice financier terminé le 31 mars 2015, la Fondation Action-Santé de La Matapédia a contribué au financement d'équipements médicaux spécialisés pour un montant de 61 493 $ ainsi qu'au versement de bourses d'études pour 1 500 $.

Deux gestionnaires du Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia siègent au conseil d'administration de la Fondation Action-Santé de La Matapédia.

Lors de la campagne annuelle de financement de la Fondation Action-Santé de La Matapédia qui se tient normalement au printemps, le Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia offre le support technique nécessaire à la préparation de la conférence de presse soulignant officiellement le début de la période de financement.

Le Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia met à la disposition de la Fondation Action-Santé de La Matapédia un espace réservé facilitant ainsi la réalisation des activités liées à la mission de la Fondation.

Au 31 mars 2015, la Fondation Action-Santé de La Matapédia possédait des actifs nets non affectés au montant de 303 810 $. Ces sommes accumulées serviront dans le futur à financer les acquisitions des équipements médicaux spécialisés requis par le Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia et contribueront ainsi au mieux-être de la collectivité matapédienne.

13. ENGAGEMENTS

1- L'Établissement s'est engagé par bail pour les locaux au 558 St-Jacques Nord à Causapscal. Le bail, d'une durée de 9 ans, fera l'objet d'une approbation de l'Agence de santé et des services sociaux du Bas St-Laurent. Le solde de l'engagement au 31 mars 2015 suivant ce bail s'établit à 106 437 $. Le paiement minimum exigible au cours du prochain exercice est le suivant:

2015-2016 = 13 305$

2- L'Établissement s'est engagé par bail pour les locaux au 7 rue Simdon à Sayabec. Le bail, d'une durée de 180 mois, a fait l'objet d'une approbation de l'Agence de santé et des services sociaux du Bas St-Laurent. Le solde de l'engagement au 31 mars 2015 suivant ce bail s'établit à 1 567 962 $. Le paiement minimum exigible au cours du prochain exercice est le suivant:

2015-2016 = 135 364 $

3- L'Établissement s'est engagé par bail pour les locaux au 125 Principale à St-Moïse. Le solde de l'engagement au 31 mars 2015 suivant ce bail s'établit à 10 828 $. Le paiement minimum exigible au cours du prochain exercice est le suivant:

2015-2016 = 10 828 $

4- L'Établissement s'est engagé par bail avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) pour les locaux au 6, rue Turbide, Lac-au-Saumon. Le bail est d'une durée de quinze ans commençant le 1er avril 2000 et se

terminant le 31 mars 2015.

Les paiements exigibles au cours du prochain exercice sont les suivants :

- Loyer annuel de base = 455 580 $ ajusté chaque année des frais financiers et de tous les autres frais convenus entre la C.H.Q. et les représentants du ministère pour un total de 455 580 $ avant indexation.

5- L'Établissement s'est engagé par contrat pour la location de maisons pour accueillir les médecins itinérants pour un montant de 5 774 $.

6- L'Établissement s'est engagé par contrat pour la location d'un camion pour un montant de 11 860 $. Ce véhicule sert au transport de la buanderie et de l'alimentation entre le CH et la RMAO.

7- L'Établissement s'est engagé par contrat pour la location d'équipements tels des photocopieurs, cellulaires et un équipement d'analyse au laboratoire (minividas) pour un montant de 34 451 $.

8- L'Établissement s'est engagé auprès de différents fournisseurs relativement à l'exécution de contrats relatifs à l'approvisionnement de biens et services jusqu'en 2022 pour un montant de 1 322 721 $.

9- L'Établissement s'est engagé par contrat avec la Fondation Action-Santé de la Matapédia à assumer la totalité des frais d'exploitation annuels applicables à l'utilisation d'un immeuble appartenant à la Fondation et servant à loger des médecins itinérants.

14. ÉVENTUALITÉS

Règlements de griefs évalués à 7 000 $.

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	35 898 453	36 648 950		36 648 950	36 558 922
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2					
Contributions des usagers (P301)	3	2 153 464	2 103 494	XXXX	2 103 494	2 120 493
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	397 676	230 017	XXXX	230 017	328 543
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6	14 500	27 395		27 395	13 534
Revenus de type commercial (P351)	7	200 000	XXXX	222 817	222 817	198 392
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	70 660	325 320	171 424	496 744	300 623
TOTAL (L.01 à L.11)	12	38 642 953	39 335 176	394 241	39 729 417	39 512 507
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	27 673 680	27 337 730	147 330	27 485 060	26 602 683
Médicaments (P750)	14	1 187 000	1 141 898	XXXX	1 141 898	1 198 034
Produits sanguins	15	662 166	655 219	XXXX	655 219	591 097
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	1 028 825	1 096 861	XXXX	1 096 861	1 037 117
Denrées alimentaires	17	370 739	387 055	XXXX	387 055	383 242
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	1 916 000	1 946 089	XXXX	1 946 089	1 899 736
Frais financiers (P325)	19	1 000		XXXX		533
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	211 450	291 598		291 598	252 487
Créances douteuses (C2:P301)	21	10 000	8 110		8 110	5 939
Loyers	22	620 995	582 121		582 121	559 781
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	5 355 405	5 587 236	99 376	5 686 612	5 736 793
TOTAL (L.13 à L.24)	25	39 037 260	39 033 917	246 706	39 280 623	38 259 442
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(394 307)	301 259	147 535	448 794	1 253 065

LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS DES MINISTÈRES, DES ORGANISMES ET DES RÉSEAUX DU SECTEUR PUBLIC AINSI QUE DES SOCIÉTÉS D'ÉTAT (2014, chapitre 17)

Gestion et contrôle des effectifs

Le CSSS de La Matapédia est en mesure de confirmer, par le tableau ci-dessous, qu'il a respecté la loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État, pour les trois (3) premiers mois de l'année 2015.

		Total de janvier à mars				
		Travaillées	Heures supplémentaires	Total	Nombre ETC	Nombre Individus
11044021 – CSSS de La Matapédia	2014	204 493	6 978	211 471	415	493
	2015	203 562	5 972	209 534	413	497
	Variation	(0,5%)	(14,4%)	(0,9%)	(0,5%)	0,8%
1-Personnel d'encadrement	2014	8 307	14	8 321	17	17
	2015	7 787	0	7 787	16	16
	Variation	(6,3%)	(100,0%)	(6,4%)	(6,3%)	(5,9%)
2-Personnel professionnel	2014	14 655	141	14 795	30	34
	2015	15 444	71	15 516	32	36
	Variation	5,4%	(49,3%)	4,9%	5,1%	5,9%
3-Personnel infirmier	2014	64 890	3 705	68 595	131	158
	2015	62 589	3 477	66 066	1256	154
	Variation	(3,5%)	(6,1%)	(3,7%)	(3,6%)	(2,5%)
4-Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014	98 616	2 786	101 402	203	258
	2015	100 408	2 248	102 656	206	261
	Variation	1,8%	(19,3%)	1,2%	1,8%	1,2%
5-Ouvriers, personnel d'entretien et de services	2014	18 025	333	18 358	34	47
	2015	17 310	176	17 486	33	46
	Variation	(4,0%)	(47,1%)	(4,7%)	(4,3%)	(2,1%)
6-Étudiants et stagiaires	2014					
	2015	24	0	24	0	1
	Variation					

Contrats de services

Contrats de services comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er janvier 2015 et le 31 mars 2015

	Nombre	Valeur annuelle
Contrats de services avec une personne physique[1]	1	26 812 $
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	2	124 708 $
Total des contrats de services	3	151 520 $

[1]Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

[2]Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectifs, en commandite ou en participation

CODE D'ÉTHIQUE DES ADMINISTRATEURS

Au cours de l'exercice 2014-2015, aucun élément particulier n'est à signaler. Le comportement des administrateurs a été en tout point conforme aux bonnes règles de gouvernance et aux dispositions prévues au Code d'éthique des administrateurs.

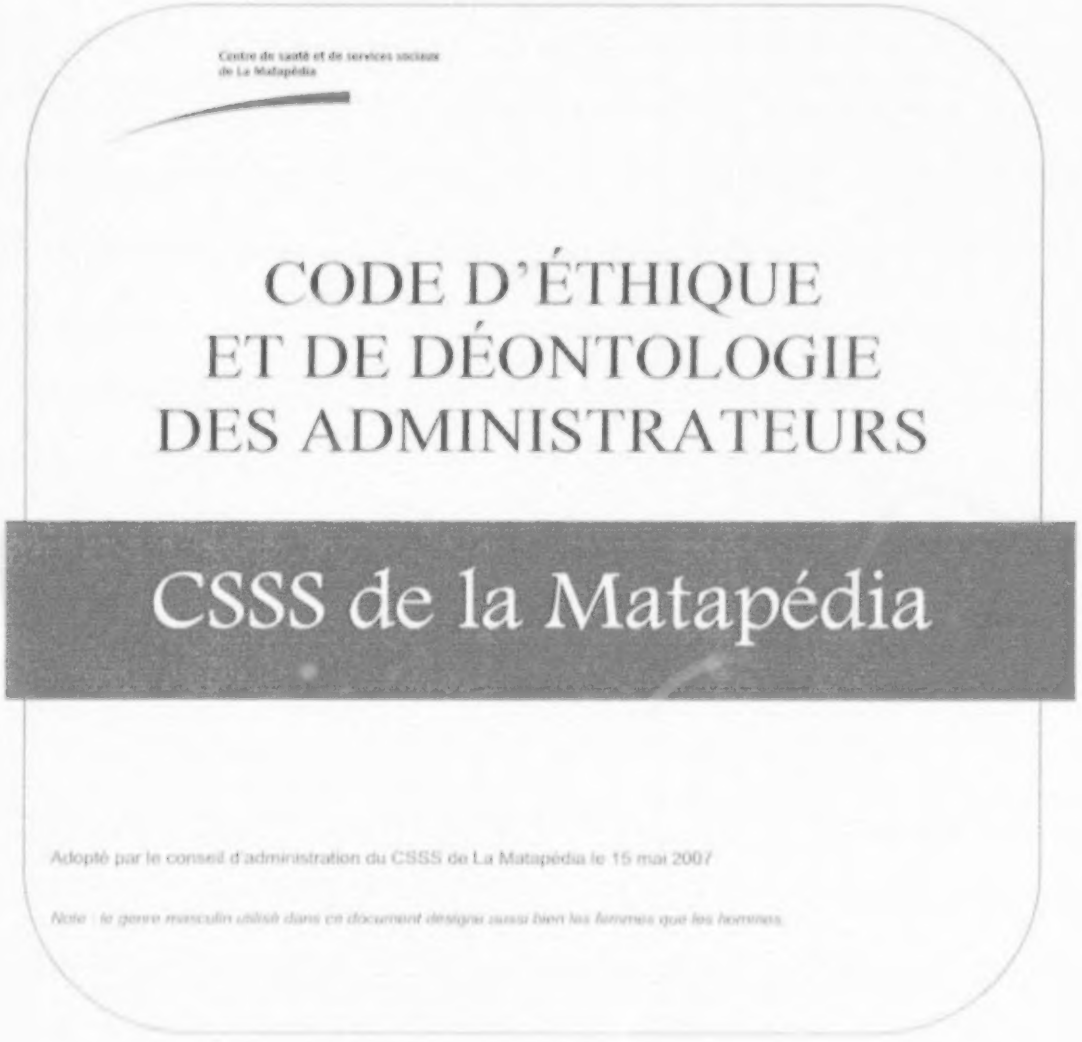


TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 04

DISPOSITIONS GÉNÉRALES 04

DEVOIRS ET OBLIGATIONS 04

MESURES PRÉVENTIVES INCLUANT LES RÈGLES RELATIVES
À LA DÉCLARATION D'INTÉRÊTS 07

IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS 08

PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION 09

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT 10

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE 11

MISE EN VIGUEUR, ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION DU CODE 12

DISPOSITIONS DIVERSES 13

ANNEXE A – ENGAGEMENT PERSONNEL

ANNEXE B – PRESTATION DE DISCRÉTION

PRÉAMBULE

La gestion d'un établissement public représente un contrat social qui impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens. C'est dans ce contexte et afin de se conformer à la Loi[1] que les membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de la Matapédia adoptent le présent code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Ce code énonce les principales lignes directrices d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs du Centre de santé et de services sociaux de la Matapédia adhèrent. Il prévoit des règles relatives à la déclaration des intérêts des administrateurs, identifie les situations de conflit d'intérêts et précise les devoirs et obligations des administrateurs pendant et après leur mandat.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de la Matapédia (ci-après désigné le CSSS) dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

(Article 3.0.4, 2e alinéa, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;
2. Le membre du conseil d'administration doit respecter les obligations que la loi, l'acte constitutif et les règlements lui imposent (Article 321 du Code civil du Québec);
3. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites du pouvoir qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population que dessert le CSSS autant que dans celui du CSSS même (Article 174, Loi sur les services de santé et les services sociaux et article 322 du Code civil du Québec);
4. Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil;
5. Le membre doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;
6. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction;

[1] Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie (L.Q. 1997, c.6)

7. Le membre du conseil d'administration doit agir avec intégrité, honneur, dignité et probité;

8. Le membre du conseil d'administration ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi des autres membres du conseil d'administration ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;

9. La conduite d'un membre du conseil d'administration doit viser l'objectivité et être empreinte de modération;

10. Le membre du conseil d'administration se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration;

11. Le membre du conseil d'administration doit préserver, le cas échéant, la confidentialité des débats, échanges et discussions;

12. Le membre, avant de prendre parole, doit obtenir du président le droit de parler et, lors de son intervention, doit éviter les écarts de langage et restreindre ses remarques à la question sous considération;

13. Le membre doit s'abstenir de faire du bruit durant les réunions, de causer avec d'autres et doit écouter attentivement, sans l'interrompre, le membre qui a la parole;

14. Le membre doit respecter les opinions émises par les autres membres dans le cadre du déroulement des séances;

15. Le membre doit respecter la confidentialité des échanges effectués lors des séances du conseil d'administration;

16. Le membre doit avoir un sens profond de la solidarité. Il peut s'abstenir de voter, voire même enregistrer sa dissidence sur toute décision à être prise par le conseil d'administration mais, par la suite, il doit se faire un devoir et une obligation de tenir en public des propos conformes avec les décisions prises par le conseil d'administration;

17. Le membre doit considérer que la documentation écrite qui lui est remise est pour son usage personnel dans l'exécution de ses fonctions de membre et qu'il ne lui appartient pas d'en faire la diffusion;

18. Le membre doit assumer son rôle dans le respect de la hiérarchie interne du conseil d'administration et/ou de l'établissement. À cet effet, le membre :

    18.1 Doit éviter de discuter de problème(s) de gestion interne avec une ou des personnes à l'emploi de l'établissement, en demandant que tel(s) problème(s) soit (soient) soumis au supérieur immédiat de la ou des personnes concernées;

    18.2 Doit recommander à toute personne à l'emploi de l'établissement, demandant à le rencontrer pour discuter d'un sujet relatif à l'établissement, de rencontrer son supérieur immédiat dans l'établissement;

    18.3 Doit rapporter au directeur général et/ou au président du conseil d'administration toute question relative à l'établissement qu'il estime être d'intérêt qu'elle soit portée à l'attention du conseil d'administration;

    18.4 Doit refuser de participer à toute réunion informelle avec un ou plusieurs membres du conseil d'administration pour discuter d'un ou plusieurs sujets en recommandant que le tout soit discuté lors d'une séance dûment convoquée du conseil d'administration;

    18.5 Doit s'efforcer d'avoir des relations harmonieuses avec les autres membres;

18.6 Doit éviter de discréditer les autres membres et/ou le conseil d'administration et/ou l'établissement et/ou son personnel et refuser de participer à tout mouvement, écrit ou action quelconque à cet effet;

18.7 Doit éviter tout acte qui pourrait porter préjudice à l'établissement.

19. Le membre doit agir avec soin, prudence, diligence, compétence, honnêteté et loyauté comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable et dans l'intérêt de l'établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements qu'il administre et de la population desservie;

20. Le membre doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance. L'intégrité, le désintéressement, l'impartialité, le dévouement et le désir de respecter les priorités et les orientations de l'établissement sont des qualités qui doivent guider le membre dans l'exercice de sa fonction.

21. Le membre doit éviter toute conduite de nature personnelle ou professionnelle qui risquerait de porter atteinte à la crédibilité de son rôle d'administrateur et entacherait ainsi la réputation de l'établissement. En pareilles circonstances préjudiciables, le membre devrait remettre sa démission.

MESURES PRÉVENTIVES INCLUANT LES RÈGLES RELATIVES À LA DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 1, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

22. Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés. Il doit avoir pris connaissance et respecter le présent code d'éthique et de déontologie de l'établissement et doit, à cet effet, signer un engagement personnel contenu à l'annexe A du présent code;

23. Le membre doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires. Le membre ne doit pas obéir à des préoccupations personnelles, mais doit toujours rechercher le bien de l'établissement;

24. Le membre doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement;

25. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'établissement;

26. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement, doit sous peine de déchéance de sa charge, s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue. Il doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général dans les 60 jours suivant son élection ou sa nomination ou dès que sa situation change. Le fait pour un membre d'être actionnaire minoritaire d'une corporation qui exploite une entreprise visée à l'article 5 ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette corporation se transigent dans une bourse reconnue et si le membre en cause ne constitue pas un initié de cette corporation au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières;

27. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement;

28. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires. Lors de l'attribution de contrats de service, de travail ou d'approvisionnement, tout membre doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général si cela n'est pas inclus dans la déclaration prévue au paragraphe précédent.

IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

(Article 3.04, 2e alinéa, paragraphe 2, Lois sur le ministère du Conseil exécutif)

29. Le membre doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'établissement;

30. Le membre, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer par écrit, au président du conseil d'administration ou au directeur général, cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause. Le membre doit dénoncer par écrit au président du conseil d'administration ou au directeur général toute situation réelle, potentielle ou apparente de conflit d'intérêts ou toute autre circonstance spéciale qui risque raisonnablement de mettre en doute son impartialité afin que soient prises les mesures propres à sauvegarder l'intérêt de l'établissement;

31. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre :

    31.1 Est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il puisse être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil puissent en être défavorablement affectés;

    31.2 N'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel :

        31.2.1 Possède directement ou indirectement des intérêts de nature pécuniaire ou autre, dans une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'établissement;

        31.2.2 Accepte un présent ou un avantage quelconque d'une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'établissement;

        31.2.3 Utilise le nom de l'établissement, ses symboles ou emblèmes de même que son rôle à titre de membre à des fins personnelles;

        31.2.4 Participe à l'embauche ou à la promotion, à l'établissement, d'un membre de sa famille et/ou d'autres personnes avec qui il est lié;

        31.2.5 Utilise à des fins personnelles ou au profit d'un tiers une information de nature confidentielle qu'il a acquise dans l'exercice de ses fonctions à titre de membre;

[CSSS de la Matapédia]

31.2.6 Aliène, dans le but de s'assurer des considérations présentes et/ou futures, l'indépendance de son rôle au sein du conseil d'adminis-tration.

32. Le membre qui ignorait une situation ou une circonstance spéciale qui aurait normalement exigé de lui une dénonciation de conflit d'intérêts doit dénoncer par écrit immédiatement au président du conseil d'administration ou au directeur général cette situation ou cette circonstance spéciale dès qu'elle lui devient connue;

33. Le membre ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;

34. Le membre ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;

35. Le membre ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui;

36. Dès qu'il perd la qualité nécessaire à sa nomination ou à son élection, un membre doit en aviser le président du conseil d'administration.

PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 3, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

37. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;

38. Le membre du conseil d'administration utilise les biens, les ressources ou les services du CSSS selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens du CSSS avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens du CSSS ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions d'administrateur. (Article 323 du Code civil du Québec).

39. Le membre du conseil d'administration ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, de toute personne ou entreprise si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

Notamment sont considérés un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives;

40. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;

41. Le membre du conseil ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement. (Article 165, Loi sur les services de santé et les services sociaux);

42. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu. (Article 3.0.6, Loi sur le ministère du conseil exécutif).

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 4, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

43. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur;

44. Le membre du conseil d'administration doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateurs ou de nuire aux intérêts du CSSS;

45. Le membre du conseil d'administration s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès du CSSS.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

(Article 3.0.4, 2e alinéa, paragraphe 5, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

46. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;

47. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;

48. Le président ou le vice-président désigne trois personnes chargées de faire enquête relativement à la situation de comportement susceptible d'être dérogatoire à l'éthique ou à la déontologie;

49. Les personnes visées à l'article précédent peuvent provenir de l'extérieur de la MRC de La Matapédia si le président ou le vice-président l'estiment nécessaire pour assurer la qualité de l'enquête;

50. Le membre qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;

51. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation;

52. Au terme de leur enquête, les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration;

53. En tenant compte des informations revues et du rapport d'enquête le cas échéant, le président ou le vice-président peut fermer le dossier ou constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;

54. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;

55. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au présent code, le comité, après avoir entendu l'administrateur concerné, ou à l'expiration du délai dont bénéficie l'administrateur visé, recommande aux membres du conseil d'administration l'imposition d'une sanction;

56. Le conseil d'administration tient une rencontre spéciale à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut assister à la réunion;

57. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée;

58. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et imposer les sanctions. (Article 3.0.5, Loi sur le ministère du conseil exécutif);

59. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe B du présent code.

MISE EN VIGUEUR, ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION DU CODE

(Article 3.0.4, 3e et 4e alinéas, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

60. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande;

61. L'établissement doit publier, dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration et qu'il est disponible auprès de la direction générale;

62. Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :

62.1 Du nombre et de la nature des signalements reçus;

62.2 Du nombre de cas traités et de leur suivi respectif;

62.3 Des décisions prises ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées si sanctions;

Des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de leur charge.

DISPOSITIONS DIVERSES

63. Le code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration.

64. Le présent code d'éthique et de déontologie doit être révisé aux trois ans ou lorsque les circonstances le justifient.

65. Il peut être modifié, abrogé ou remplacé après approbation de la majorité des membres du conseil d'administration du CSSS de la Matapédia.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MATAPÉDIA

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

ANNEXE A – ENGAGEMENT PERSONNEL
(a. 22 du présent code)

J'ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de la Matapédia et je m'engage à m'y conformer.

Signature **Date**

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MATAPÉDIA

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

ANNEXE B – PRESTATION DE DISCRÉTION
(a. 59 du présent code)

Je, _____, jure (ou affirme solennellement) que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé(e) par la loi, quoique ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de ma charge.

Signature **Date**